

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
DOUTORADO**

FRANCISCO MIRIALDO CHAVES TRIGUEIRO

**A GOVERNANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO: UM
ESTUDO EM DUAS CAPITAIS BRASILEIRAS**

SÃO CAETANO DO SUL – SP

Abril de 2017

FRANCISCO MIRIALDO CHAVES TRIGUEIRO

**A GOVERNANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO: UM
ESTUDO EM DUAS CAPITAIS BRASILEIRAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Administração.

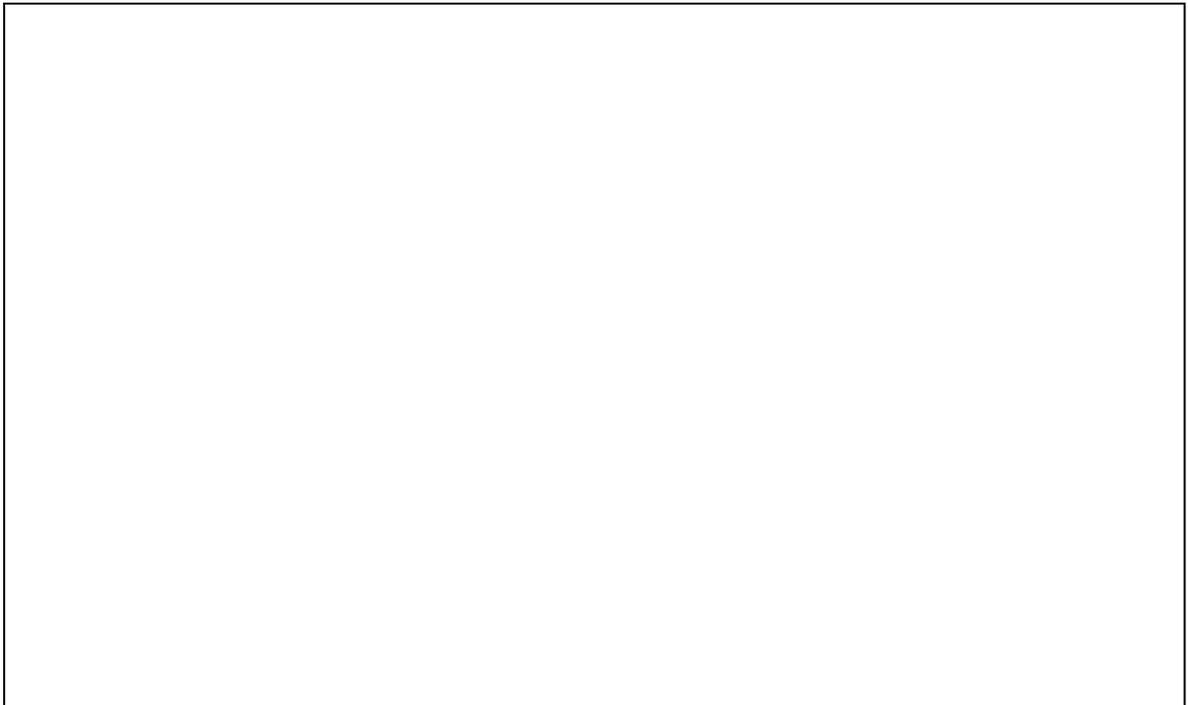
Área de concentração: Gestão e Regionalidade

Orientador: Prof. Dr. Luís Paulo Bresciani

SÃO CAETANO DO SUL – SP

Abril de 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the lower half of the page. It is intended for a catalog card (FICHA CATALOGRÁFICA).

Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Prof. Dr. Marcos Sidnei Bassi

Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa

Prof.^a Dra. Maria do Carmo Romeiro

Gestora do Programa de Pós-graduação em Administração

Prof.^a Dra. Raquel da Silva Pereira

Tese defendida e aprovada em ____/____/____ pela Banca
Examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. Luís Paulo Bresciani (orientador - USCS)

Prof. Dr. Joao Batista Pamplona (USCS)

Prof. Dr. Leandro Campi Prearo (USCS)

Prof^a. Dra. Gabriela Spanghero Lottta (UFABC)

Prof^a. Dra. Vania Barbosa do Nascimento (FMABC)

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	13
LISTA DE TABELAS.....	15
LISTA DE FIGURAS	25
RESUMO	29
ABSTRACT	31
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO	33
1.1 Contextualização	33
1.2 Territórios da Pesquisa	40
1.3 Definição do Problema de Pesquisa	44
1.4 Objetivos, Hipótese e Contribuições	44
1.5 Relevância, Justificativa e Delimitação	45
CAPÍTULO 2: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	47
2.1 Políticas Públicas	47
2.1.1 Conceitos e Fundamentações de Políticas Públicas	47
2.1.2 Políticas Públicas Integradas	55
2.1.3 Descentralização e Municipalização de Políticas Públicas no Brasil ..	61
2.2 Gestão do Território, Governança Pública e Arranjos Institucionais	68
2.2.1 Território e Gestão do Território.....	69
2.2.2 Governança Pública e seus Desafios Contemporâneos	73
2.2.2.1 Conceitos e Estudos sobre Governança Pública	74
2.2.2.2 Atores Participantes	79
2.2.2.3 Coordenação e Articulação na Governança Pública.....	87
2.2.2.4 Estruturas de Governança Pública	92
2.2.2.5 Conselhos Setoriais e de Direitos	93
2.2.3 Novos Arranjos Institucionais.....	96
2.3 Mudança Demográfica e as Políticas Públicas de Atenção ao Idoso	102
2.3.1 Envelhecimento, Longevidade e a Condição do Idoso	102
2.3.2 A Terceira Idade e seus Desdobramentos.....	108
2.3.3 Legislação, Programas Brasileiros e Experiências Internacionais no	
Contexto das Políticas Pública da População Idosa.....	110
2.3.4 Características e Perspectivas de Integração das Políticas do Idoso....	122
2.4 Síntese Conceitual.....	134
CAPÍTULO 3: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	136
3.1 Quadro Norteador da Pesquisa Empírica	136
3.2 Método Qualitativo de Pesquisa.....	137
3.3 Tipo de Pesquisa: estudo de casos	137
3.4 Sujeitos da Pesquisa	138
3.5 Coleta de Dados.....	140
3.6 Tratamento e Análise dos Dados	142
3.7 Operacionalização para Alcance dos Objetivos	144

CAPÍTULO 4: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	147
4.1 Descrição dos Municípios: João Pessoa e Cuiabá	147
4.1.1 Características Históricas, Populacionais e Socioeconômicas.....	147
4.1.2 Mudanças Demográficas nos Territórios Estudados	153
4.1.3 Análise do Território: Regiões, Municípios, Distritos, Bairros	164
4.1.4 Estrutura Governamental e Administrativa	172
4.2 Estrutura Administrativa e Funcional.....	175
4.2.1 Secretaria de Desenvolvimento Social (João Pessoa) e Secretaria de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (Cuiabá).....	175
4.2.2 Secretarias de Saúde de João Pessoa e Cuiabá	180
4.2.3 Conselhos de Direitos	184
4.3 Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa.....	189
4.3.1 Municípios de João Pessoa e Cuiabá	190
4.3.1.1 Descrição Histórica Legal e Estrutura Administrativa	190
4.3.1.2 Representação Governamental e da Sociedade Civil	194
4.3.1.3 Atribuições dos Conselhos nas Políticas Públicas do Idoso.....	203
4.3.2 Estados da Paraíba e de Mato Grosso.....	204
4.3.3 Conselho Nacional dos Direitos do Idoso.....	209
4.4 Políticas, Programas, Projetos e Ações de Atenção ao Idoso nos Municípios.....	211
4.4.1 Legislação e o Atendimento aos Direitos do Idoso.....	211
4.4.1.1 Leis e Decretos Federais.....	212
4.4.1.2 Leis e Decretos Estaduais: Paraíba e Mato Grosso	216
4.4.1.3 Leis Municipais: João Pessoa e Cuiabá	218
4.4.2 Concepção e Execução: órgão principal, articulação intersetorial e interfederativa, e atores participantes	225
4.4.3 Gestão de Territórios nas Políticas Públicas	291
4.4.3.1 Políticas Públicas de Assistência Social.....	297
4.4.3.2 Políticas Públicas de Saúde	306
4.4.4 Repercussão das Políticas Junto aos Municípios Circunvizinhos	320
4.4.5 Institucionalização e Legitimação	322
4.5 Governança nas Políticas Públicas nos Municípios	325
4.5.1 Atores Estatais, Paraestatais e Não Estatais Presentes no Arranjo de Governança.....	326
4.5.2 Dimensões Condicionantes à Configuração e Funcionamento da Estrutura de Governança	339
4.6 Proposição do Modelo Conceitual de Governança no Processo de Desenvolvimento de Políticas Públicas para a População Idosa	346
4.7 Categorias de Análise: uma síntese dos resultados.....	349
 CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS	 352
 REFERÊNCIAS.....	 359

APÊNDICES.....	384
1. Roteiro de Entrevista com Gestores, Técnicos e Implementadores	384
2. Roteiro de Entrevista com Conselho Municipal do Idoso	385
3. Roteiro de Entrevista com Representantes Governamentais e Não Governamentais no Conselho Municipal do Idoso	386
4. Roteiro de Entrevista com Outros Atores	387
5. Carta de Encaminhamento aos Entrevistados.....	388
6. Carta de Apresentação do Pesquisador à Prefeitura de João Pessoa - PB	389
7. Carta de Apresentação do Pesquisador à Prefeitura de Cuiabá - MT	390
8. Autorização da Prefeitura de João Pessoa para Realização da Pesquisa ..	391
9. Autorização da Prefeitura de Cuiabá para Realização da Pesquisa.....	394
ANEXOS.....	396
1. Lei Municipal de João Pessoa – PB: n. 9373, de 29 de dezembro de 2000	396
2. Lei Municipal de João Pessoa – PB: n. 12.365, de 29 de maio de 2012	398
3. Lei Municipal de Cuiabá – MT: n. 3.162, de 16 de julho de 1993	400
4. Lei Municipal de Cuiabá – MT: n. 6.059, de 4 de maio de 2016	402

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atores Envolvidos em cada Fase do Ciclo das Políticas Públicas	85
Quadro 2 – Arranjos Institucionais <i>versus</i> Novos Arranjos Institucionais.....	100
Quadro 3 – Leis, Decretos e Portarias do Governo Federal dirigidos ao Idoso.....	111
Quadro 4 – Políticas e Programas Brasileiros de Atenção ao Idoso	115
Quadro 5 – Experiências Internacionais no Campo das Políticas Públicas para o Idoso	118
Quadro 6 – Síntese Conceitual	135
Quadro 7 – Abordagens Teóricas que Embasam o Estudo Empírico	136
Quadro 8 – Sujeitos da Pesquisa	139
Quadro 9 – Operacionalização para o Alcance dos Objetivos	145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População Brasileira (Geral e Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010.....	34
Tabela 2 – População Idosa das Capitais Brasileiras: Censo 2010.....	43
Tabela 3 – Características Populacionais de João Pessoa – IBGE 2010.....	147
Tabela 4 – Populacional Residente, por Grupo de Idade, de João Pessoa.....	148
Tabela 5 – Rendimento Domiciliar – João Pessoa – IBGE 2010.....	148
Tabela 6 – Indicadores Socioeconômicos de João Pessoa – PNUD Atlas 2013	149
Tabela 7 – Indicadores sobre Trabalho da População de 18 anos ou mais – João Pessoa – PNUD Atlas 2013.....	149
Tabela 8 – Características Populacionais de Cuiabá – IBGE 2010.....	150
Tabela 9 – População Residentes, por Grupo de Idade - Cuiabá.....	150
Tabela 10 – Rendimento Domiciliar – Cuiabá – IBGE 2010.....	150
Tabela 11 – Indicadores Socioeconômicos de Cuiabá – PNUD Atlas 2013.....	151
Tabela 12 – Indicadores sobre Trabalho da População de 18 anos ou mais – Cuiabá – PNUD Atlas 2013.....	151
Tabela 13 – Comparativo das Características de João Pessoa e Cuiabá.....	152
Tabela 14 – População Nordeste (Geral e Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010	153
Tabela 15 – Pop. da Paraíba (Geral e Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010.....	153
Tabela 16 – Pop. de João Pessoa (Geral e Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010....	153
Tabela 17 – Estrutura Etária da População de João Pessoa: Censos 1991, 2000 e 2010.....	154
Tabela 18 – Pop. Centro-Oeste (Geral e Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010.....	156
Tabela 19 – Pop. Mato Grosso (Geral e Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010.....	156
Tabela 20 – Pop. Cuiabá - MT (Geral e Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010	156
Tabela 21 – Estrutura Etária da Pop. de Cuiabá: Censos 1991, 2000 e 2010.....	157
Tabela 22 – Comparativo da Mudança Demográfica: João Pessoa x Cuiabá.....	159
Tabela 23 – IDH-M do Brasil (1991-2010).....	160

Tabela 24 – IDH-M da Região Nordeste (1991-2010).....	160
Tabela 25 – IDH-M do Estado da Paraíba (1991-2010).....	161
Tabela 26 – IDH-M do Município de João Pessoa - PB (1991-2010).....	161
Tabela 27 – IDH-M da Região Centro Oeste (1991-2010).....	162
Tabela 28 – IDH-M do Estado de Mato Grosso (1991-2010).....	162
Tabela 29 – IDH-M do Município de Cuiabá - MT (1991-2010).....	163
Tabela 30 – População (Geral e Idosos) dos Municípios da Microrregião de João Pessoa: Censo 2010.....	166
Tabela 31 – População (Geral e Idosos) dos Municípios da Microrregião de Cuiabá: Censo 2010.....	169
Tabela 32 – Distritos e Subdistritos de Cuiabá.....	170
Tabela 33 – Comparativo da Territorialidade nos Municípios de João Pessoa e Cuiabá.....	171
Tabela 34 – Órgãos Públicos, Coordenadorias e Secretarias: João Pessoa.....	172
Tabela 35 – Órgãos Públicos, Coordenadorias e Secretarias: Cuiabá.....	173
Tabela 36 – Comparativo Estrutura Governamental e Administrativa: João Pessoa e Cuiabá.....	174
Tabela 37 – Principais Órgãos da Estrutura da SEDES – JOÃO PESSOA.....	177
Tabela 38 – Unidades Públicas de Saúde da SMS – JOÃO PESSOA.....	182
Tabela 39 – Unidades Públicas de Saúde da SMS – CUIABÁ.....	184
Tabela 40 – Conselhos de Direitos: SEDES/JOÃO PESSOA;SMASDH/CUIABÁ ..	185
Tabela 41 – Representantes dos Conselhos Municipais de Assistência Social: JOÃO PESSOA e CUIABÁ.....	186
Tabela 42 – Representantes dos Conselhos Municipais de Saúde: JOÃO PESSOA e CUIABÁ.....	189
Tabela 43 – Comparativo dos Conselhos de Direitos do Idoso: João Pessoa e Cuiabá.....	193
Tabela 44 – Composição dos Representantes do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso: João Pessoa.....	196

Tabela 45 – Composição dos Representantes do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Cuiabá.....	..198
Tabela 46 – Comparativo dos Representantes do Conselho do Idoso: João Pessoa e Cuiabá .....	..202
Tabela 47 – Composição dos Representantes do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa: Estado da Paraíba .....	..205
Tabela 48 – Composição dos Representantes do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa: Estado de Mato Grosso.....	..207
Tabela 49 – Comparativo dos Conselhos Estaduais de Direitos da Pessoa Idosa: Paraíba e Mato Grosso.....	..208
Tabela 50 – Composição dos Representantes do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso.....	..210
Tabela 51 – Principais Direitos Garantidos no Estatuto do Idoso .....	..212
Tabela 52 – Organização da Assistência Social.....	..215
Tabela 53 – Legislação do Estado da Paraíba na Defesa dos Direitos do Idoso . .	..216
Tabela 54 – Legislação do Est. de Mato Grosso na Defesa dos Direitos do Idoso..	..218
Tabela 55 – Legislação do Município de João Pessoa na Defesa dos Direitos do Idoso.....	..219
Tabela 56 – Legislação do Município de Cuiabá na Defesa dos Direitos do Idoso..	..222
Tabela 57 – Políticas, Programas, Projetos e Ações de Atendimento ao Idoso: João Pessoa.....	..234
Tabela 58 – Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para Idosos - João Pessoa .....	..236
Tabela 59 – Atividades para Idosos nos Centros de Referência da Cidadania em João Pessoa.....	..243
Tabela 60 – Instituições de Longa Permanência para Idosos – João Pessoa.....	..247
Tabela 61 – Políticas, Programas, Projetos e Ações de Atendimento ao Idoso: Cuiabá .....	..261
Tabela 62 – Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para Idosos - Cuiabá.....	..261
Tabela 63 – Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) – Cuiabá .....	..266

Tabela 64 – Características e Atividades dos Centros de Convivência de Idosos (CCI) - Cuiabá	268
Tabela 65 – Planejamento da Distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nas Regionais de Saúde em Cuiabá	278
Tabela 66 – Comparativo das Políticas, Programas, Projetos e Ações de Atendimento ao Idoso: João Pessoa e Cuiabá.....	286
Tabela 67 – Regiões Administrativas (e Bairros) de João Pessoa e Cuiabá	293
Tabela 68 – Distribuição Territorial dos CRAS em João Pessoa	295
Tabela 69 – Parâmetros de Referência para Definição do Nº de CREAS, considerando o Porte do Município	297
Tabela 70 – Distribuição Territorial dos CREAS em João Pessoa	298
Tabela 71 – Distribuição Territorial dos Centros de Referência da Cidadania (CRCs) em João Pessoa	300
Tabela 72 – Distribuição Territorial dos CRAS em Cuiabá	301
Tabela 73 – Distribuição Territorial dos CREAS em Cuiabá	303
Tabela 74 – Distribuição Territorial dos Centros de Convivência de Idosos em Cuiabá	304
Tabela 75 – Comparativo da Gestão Territorial nas Unidades de Assistência Social - João Pessoa e Cuiabá	306
Tabela 76 – Distribuição dos Bairros por Distritos Sanitário de Saúde em João Pessoa	306
Tabela 77 – Distribuição Territorial das Unidades de Saúde de Atenção Especializada (Média e Alta Complexidades) em João Pessoa	309
Tabela 78 – Distribuição Territorial das Unidades de Saúde de Atenção Básica em João Pessoa	311
Tabela 79 – Distribuição Territorial do Projeto João Pessoa Vida Saudável.....	312
Tabela 80 – Distribuição Territorial dos Grupos de Convivência da Secretaria de Saúde de João Pessoa	313
Tabela 81 – Distribuição Territorial das Unidades de Saúde de Atenção Especializada (Média e Alta Complexidades) em Cuiabá	315
Tabela 82 – Distribuição Territorial das Unidades de Saúde de Atenção Básica em Cuiabá	317

Tabela 83 – Comparativo da Gestão Territorial nas Unidades de Saúde de João Pessoa e Cuiabá .....	..318
Tabela 84 – Tipologia dos Atores que Compõem o Arranjo de Governança nas Políticas Públicas do Idoso em João Pessoa .....	..328
Tabela 85 – Tipologia dos Atores que Compõem o Arranjo de Governança nas Políticas Públicas do Idoso em Cuiabá.....	..334
Tabela 86 – Comparativo entre os Atores no Arranjo de Governança – João Pessoa e Cuiabá .....	..338
Tabela 87 – Dimensões Condicionantes à Configuração e Funcionamento da Estrutura de Governança nas Políticas Públicas de Atenção ao Idoso .....	..340
Tabela 88 – Categorias de Análise e o Alcance dos Objetivos do Estudo .....	..350

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução da População Idosa no Brasil	35
Figura 2 – Evolução da Expectativa de Vida ao nascer no Brasil (1950-2014), em Anos	36
Figura 3 – Evolução da População Idosa em João Pessoa – PB (1991-2010)	41
Figura 4 – Evolução da População Idosa em Cuiabá – MT (1991-2010)	42
Figura 5 – Evolução da Expectativa de Vida na Região Nordeste (1950-2010).....	155
Figura 6 – Evolução da Expectativa de Vida no Estado da Paraíba (1980-2014)....	155
Figura 7 – Evolução da Expectativa de Vida em João Pessoa (1991-2010).....	156
Figura 8 – Evolução da Expect. de Vida na Região Centro Oeste (1950-2010)	158
Figura 9 – Evolução da Expect. de Vida Estado de Mato Grosso (1980-2014)	158
Figura 10 – Evolução da Expectativa de Vida em Cuiabá - MT (1991-2010).....	159
Figura 11 – IDHM – Longevidade em João Pessoa - PB	163
Figura 12 – IDHM – Longevidade em Cuiabá - MT	163
Figura 13 – Mapa da Paraíba e suas Mesorregiões.....	165
Figura 14 – Mapa da Microrregião de João Pessoa	166
Figura 15 – Mapa do Município de João Pessoa - PB	167
Figura 16 – Mapa de Mato Grosso e suas Mesorregiões.....	168
Figura 17 – Mapa da Microrregião de Cuiabá	169
Figura 18 – Mapa do Município de Cuiabá - MT	170
Figura 19 – Estrutura Organizacional da SEDES – JOÃO PESSOA	176
Figura 20 – Estrutura Organizacional da SMASDH – CUIABÁ	178
Figura 21 – Estrutura Organizacional da SMS – JOÃO PESSOA.....	181
Figura 22 – Estrutura Organizacional da SMS – CUIABÁ.....	183
Figura 23 – Fluxo do Serviço de Atendimento e Proteção Especial no CREAS – João Pessoa	239

Figura 24 – Fluxo do Serviço de Atendimento e Proteção Especial no CREAS – Cuiabá	265
Figura 25 – Estrutura Funcional da Diretoria de Atenção Básica: Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá	275
Figura 26 – Mapa das Regiões Administrativas e Abairramento de Cuiabá	294
Figura 27 – Mapa das Regiões de Participação Popular no Orçamento Participativo – João Pessoa	299
Figura 28 – Mapa dos Distritos Sanitários de João Pessoa.....	307
Figura 29 – Rede de Atenção à Pessoa João Pessoa	327
Figura 30 – Fluxograma de Atendimento ao Idoso Vítima de Violência em João Pessoa.....	319
Figura 31 – Modelo Conceitual de Governança no Desenvolvimento de Políticas Públicas de Atendimento ao Idoso	347

A GOVERNANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO: UM ESTUDO EM DUAS CAPITAIS BRASILEIRAS

RESUMO: Dados do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015) mostram que pela primeira vez na história, a maioria das pessoas tem expectativa de vida acima dos 60 anos. Uma criança nascida no Brasil em 2015 pode esperar viver 20 anos ou mais que uma criança nascida 50 anos atrás, implicando mudanças profundas na forma como essas pessoas possam viver e nas políticas públicas. Dados do IBGE (2010) mostram que havia 20,5 milhões de idosos (10,79% da população), e para 2030, a estimativa é de atingir 41,5 milhões de habitantes (18% da população). Quanto à expectativa de vida, em 1980, a média dos brasileiros era de 62,7 anos, passando a 73,9 anos em 2010, um incremento de 11,2 anos. Desse modo, no campo do envelhecimento populacional, as políticas públicas são essenciais para garantir além de ações afirmativas, programas e ações continuadas e implementadas pelos gestores públicos, contemplando atividades relacionadas ao bem estar do idoso. A operacionalização desse estudo impõe a aplicação de recortes sob a ótica territorial, optando por capitais brasileiras porque influenciam as decisões políticas e o contexto socioeconômico para além de seus limites administrativos e territoriais. Assim, foram escolhidos os municípios de João Pessoa, capital da Paraíba, e Cuiabá, capital de Mato Grosso, localizadas no Nordeste e Centro Oeste do território brasileiro e expectativa de vida de 74,9 anos e 75 anos, respectivamente. O objetivo da pesquisa é caracterizar os arranjos institucionais presentes na estrutura de governança nas políticas públicas dirigidas aos idosos, com a identificação dos atores participantes e das dimensões condicionantes à sua configuração e funcionamento, nos municípios selecionados, tendo como marco temporal a promulgação do estatuto do idoso, em 2003, até 2016. A fundamentação teórica contempla três seções: Políticas Públicas; Gestão do Território, Atores, Governança Pública e Arranjos Institucionais; Mudança Demográfica e as Políticas Públicas de Atenção ao Idoso. Os procedimentos metodológicos incluíram o método de pesquisa qualitativo, o tipo de pesquisa estudo de casos, a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com diversas fontes de informação, sendo 53 em João Pessoa e 44 em Cuiabá (total 97 entrevistados) e pesquisa documental, a análise de conteúdo e técnicas de mapeamento e triangulação de dados. Os resultados demonstram que a concepção de políticas ocorre por meio dos Conselhos do Idoso, Assistência Social e Saúde, Conferências do Idoso e dos Ministérios, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais. Estas últimas também se configuraram como as principais executoras das políticas, programas, projetos e ações, que totalizaram 22 em João Pessoa e 18 em Cuiabá, sendo que as áreas de Saúde (referenciada no SUS) e Assistência Social (referenciada no SUAS), contemplam a maior parte das políticas. A conclusão da tese é que são necessários arranjos constituídos por atores estatais, paraestatais e não estatais, no conjunto e em torno de cada política, de modo a contemplar todas as áreas que atendam às necessidades da pessoa idosa (por exemplo, saúde, assistência social, transporte), em uma ação intersetorial e interfederativa. Entretanto, a atuação dos atores na estrutura de governança está condicionada a seis dimensões: estrutural-administrativa e funcional, político-legal, econômico-financeira, informacional, institucional e sócio demográfica.

Palavras-chave: Envelhecimento Populacional; Idoso; Políticas Públicas; Arranjos Institucionais; Governança.

GOVERNANCE IN PUBLIC POLICIES FOR ATTENTION TO THE ELDERLY: A STUDY IN TWO BRAZILIAN CAPITALS

ABSTRACT: Data from the World Aging and Health Report (WHO, 2015) show that for the first time in history, most people have a life expectancy above 60 years. A child born in Brazil in 2015 can expect to live 20 years or more than a child born 50 years ago, implying profound changes in the way these people can live and in public policies. Data from IBGE (2010) show that there were 20.5 million elderly people (10.79% of the population), and by 2030, the estimate is to reach 41.5 million people (18% of the population). Regarding life expectancy, in 1980, the average of Brazilians was 62.7 years, to 73.9 years 2010, an increase of 11.2 years. Thus, in the field of population aging, public policies are essential to ensure, besides affirmative actions, programs and actions continued and implemented by public managers, contemplating activities related to the well-being of the elderly. The operationalization of this study imposes the application of cuts from a territorial perspective, opting for Brazilian capital because they influence political decisions and the socioeconomic context beyond its administrative and territorial limits. Thus, the municipalities of João Pessoa, capital of Paraíba, and Cuiabá, capital of Mato Grosso, located in the Northeast and Midwest of the Brazilian territory and life expectancy of 74.9 years and 75 years, respectively, were chosen. The objective of the research is to characterize the institutional arrangements present in the governance structure in the public policies addressed to the elderly, with the identification of the actors involved and the dimensions that determine their configuration and functioning, in the selected municipalities, with the time frame being the promulgation of the status of the In 2003, until 2016. The theoretical basis includes three sections: Public Policies; Territory Management, Actors, Public Governance and Institutional Arrangements; Demographic Change and the Public Policies of Attention to the Elderly. The methodological procedures included the qualitative research method, the type of research case study, the data collection through semi-structured interviews with several sources of information, being 53 in João Pessoa and 44 in Cuiabá (total 97 interviewed) and documentary research, Content analysis and data mapping and triangulation techniques. The results demonstrate that the conception of policies occurs through the Councils of the Elderly, Social Assistance and Health, Conferences of the Elderly and Ministries, State Secretariats and Municipal Secretariats. The latter were also the main executors of the policies, programs, projects and actions, which totaled 22 in João Pessoa and 18 in Cuiabá, and the areas of Health (referenced in the SUS) and Social Assistance (referenced in SUAS) include Most policies. The conclusion of the thesis is that arrangements made by state, parastatal and non-state actors are needed in the whole and around each policy, so as to cover all areas that meet the needs of the elderly (eg. health, social assistance, Transport), in an intersectorial and inter-federative action. However, the performance of the actors in the governance structure is conditioned by six dimensions: structural-administrative and functional, political-legal, economic-financial, informational, institutional and demographic.

Keywords: Population Aging; Elderly people; Public policy; Institutional Arrangements; Governance.

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

Este capítulo aborda a contextualização da pesquisa, a questão norteadora do estudo, o objetivo geral e objetivos específicos, o recorte territorial do estudo empírico, bem como a relevância, a justificativa e delimitação do estudo.

1.1 Contextualização

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem na questão do envelhecimento um sensível foco de atenção, tendo em vista a previsão que o número de pessoas a partir de 60 anos irá triplicar, dos 705 milhões em 2000 para quase 2 bilhões de habitantes em 2050.

Dados do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015) mostram que pela primeira vez na história, a maioria das pessoas tem expectativa de vida acima dos 60 anos, com um ritmo de envelhecimento muito mais rápido que no passado. Por exemplo, uma criança nascida no Brasil em 2015 pode esperar viver 20 anos ou mais que uma criança nascida 50 anos atrás, implicando mudanças profundas na forma como essas pessoas possam viver e nas políticas públicas, sobretudo, as relacionadas à saúde. Quanto mais as pessoas chegarem a idades mais avançadas poderão supostamente usar esse tempo em atividades como estudos, investimento em nova carreira ou até mesmo na realização de sonhos antigos. Entretanto, deve-se salientar que para o idoso alcançar esses objetivos vai depender da sua condição socioeconômica. O Relatório ressalta ainda que as políticas devam ser estruturadas de forma que permitam o maior número de pessoas alcançarem trajetórias positivas e saudáveis do envelhecimento, envolvendo todos os níveis de governo.

No caso da população brasileira é observada, a partir dos anos 1980, a Transição Demográfica (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; VERAS, 1991; WONG e CARVALHO, 2006; ZANON, MORETTO e RODRIGUES, 2003), que corresponde à transição de um cenário de alta fertilidade associada à alta mortalidade, para um contexto de baixa fertilidade combinada com a redução na mortalidade. Nessa conjuntura, há uma mudança na estrutura etária brasileira, ampliando-se o número de pessoas adultas, e especialmente, de idosos.

Segundo o IBGE (2010) – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -, em 1950 no Brasil viviam, 2,6 milhões pessoas com 60 anos ou mais, alcançando essa cifra em 2000, cerca de 14,5 milhões de pessoas. Ademais, em 2010, havia 20,5

milhões de idosos, ou 10,79% da população, e para 2030, a estimativa é de atingir 41,5 milhões de habitantes, ou 18% da população. Por outro lado, em 2030, a proporção de crianças de 0 a 14 anos será de 17,6% (ou 39,2 milhões), verificando uma mudança de perfil da população brasileira, em que os números absolutos e proporcionais de idosos serão superiores aos de crianças (SIMÕES, 2016).

Novos dados publicados pelo IBGE (SIMÕES, 2016) mostram que entre 2010 e 2050, a população idosa vai triplicar, alcançando 66,5 milhões de pessoas (ou 29,3%). Esses resultados são corroborados pelo Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento, da OMS (2015), em a população idosa no Brasil irá crescer mais rapidamente que a média internacional, até 2050. Enquanto o número absoluto de idosos irá duplicar no mundo, a do Brasil quase triplicará. A proporção de idosos no Brasil passará dos 12,5% (23 milhões), em 2015, para 30% (64 milhões) até a metade do século XXI.

Nesse sentido, de acordo com o relatório, o Brasil passará a ser considerada uma nação envelhecida, de acordo com a classificação da OMS, quando a população é formada por pelo menos 14% de idosos, o que já ocorre em países como Inglaterra, Canadá e França. Em 2015, a população mundial era composta por 900 milhões de idosos (ou 12,3% do total), proporção próxima ao caso brasileiro. A expectativa é que os idosos representem 21,5% da população mundial em 2050.

Na Tabela 1 apresentam-se os dados populacionais do Brasil, no geral e dos idosos, referentes aos Censos de 1991, 2000 e 2010, e na Figura 1 a evolução da população idosa. Entre 1991 e 2010 a população brasileira cresceu 29,92%, enquanto a população idosa obteve um acréscimo de 91,83%. Estimativa do IBGE para 2015 aponta para a população brasileira com 204 milhões de habitantes, sendo 25 milhões (ou 12,5%) de idosos.

Tabela 1 – População Brasileira (Geral e de Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010.

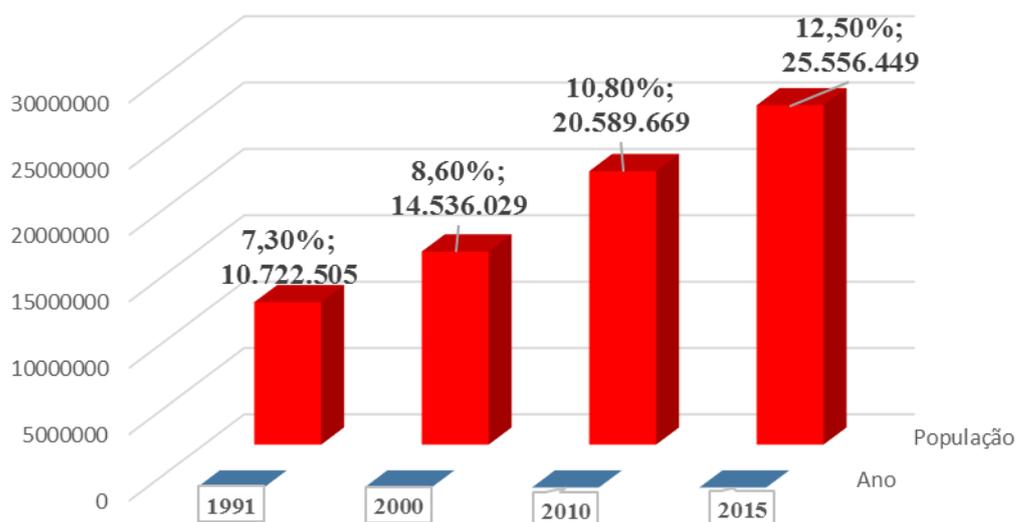
ANO	POPULAÇÃO BRASILEIRA	POPULAÇÃO IDOSA	% IDOSOS/POPULAÇÃO
1991	146.825.475	10.722.705	7,3%
2000	169.799.170	14.536.029	8,6%
2010	190.755.799	20.589.699	10,8%
2015*	204.450.649	25.556.449	12,5%

Fonte: IBGE (1991, 2000, 2010, 2015). *Estimativa

Dados do IBGE mostram que em 2010, a população idosa brasileira (20,6 milhões de habitantes) era composta por 44,5% de homens e 55,5% de mulheres. Tendo como base a população residente geral (190,7 milhões de habitantes), a proporção de idosos do sexo masculino é de 4,8% e do sexo feminino igual a 6,0%

da população total. Já considerando a população de homens (93.406.990 habitantes ou 49%), 9,8% são idosos, enquanto na população de mulheres (97.348.809 habitantes ou 51%) temos 11,7% de idosas.

Figura 1 – Evolução da População Idosa no Brasil



Fonte: IBGE (1991, 2000, 2010, 2015)

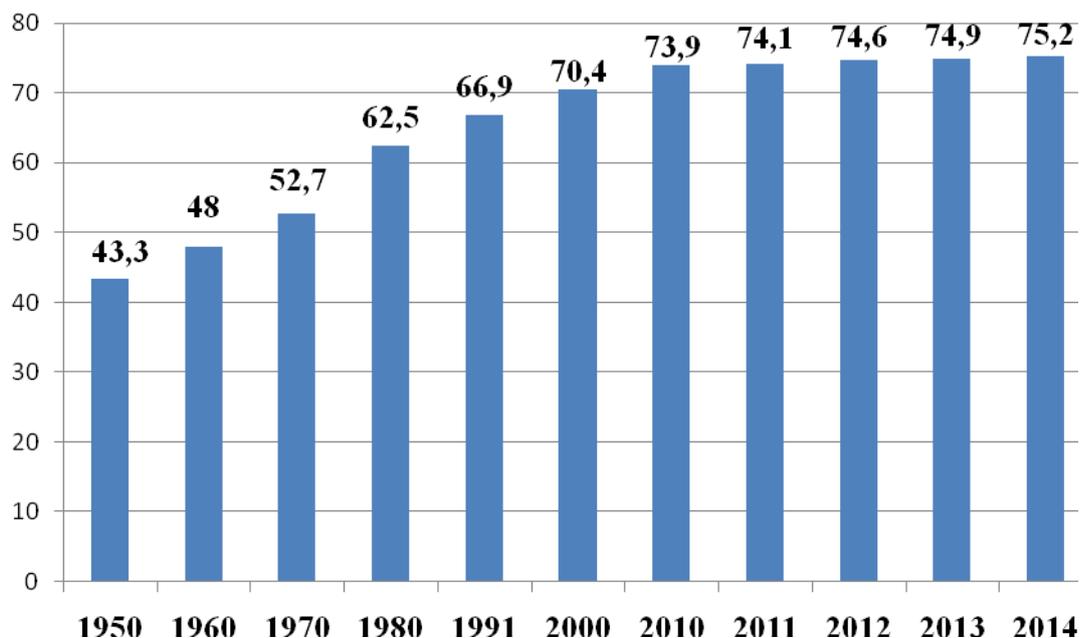
Quanto à expectativa de vida, em 1980, a média dos brasileiros era de 62,7 anos, passando aos 67,0 anos em 1991 e 70,4 anos, em 2000. Em 2010, a esperança de vida ao nascer era de 73,9 anos, com um acréscimo de mais de 11 anos em relação a 1980. Para 2020, a estimativa é que o indicador de expectativa de vida chegue aos 76,1 anos (IBGE, 2010, 2012). E o aumento é contínuo (Figura 2), conforme se pode observar nos dados dos Censos entre 1950 e 2010, e nas estimativas dos últimos anos: 2011 (74,1 anos), 2012 (74,6 anos), 2013 (74,9 anos) e 2014 (75,2 anos), segundo o IBGE (2015). Entre 1950 e 2010, o aumento da expectativa de vida no Brasil superou em termos absolutos a cifra de 30 anos. No entanto, esse é um dado geral, podendo variar de acordo com as regiões e municípios brasileiros.

O número de pessoas com 60 anos ou mais, no mundo, cresce a uma taxa de 2,6% ao ano, enquanto a população total do planeta cresce 1,2% (FÉLIX, 2010). Nas próximas décadas, a proporção de idosos crescerá mais rapidamente, principalmente por causa do declínio da fertilidade, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (YENILMEZ, 2014). O ILC (Centro Internacional de Longevidade –

Brasil, 2015b) destaca outros fatos principais sobre o envelhecimento no Brasil: a expectativa de vida aos 60 anos também está aumentando, passando de 16 anos adicionais em 1980 para 21 anos adicionais em 2010; entre os indivíduos bem idosos também, pois em 2010 uma pessoa com 90 anos tinha uma expectativa de vida adicional de mais 5 anos. Por seu turno, a taxa de fecundidade está em declínio, já que em 1960 a média era de 6 filhos por mulher, atingindo apenas 1,2 filhos por mulher em 2012.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o envelhecimento populacional é recente, se comparado a países europeus, como Espanha e Grã-Bretanha, o que torna esse processo ainda carente de análises no que diz respeito a estudos sobre a população idosa, principalmente no campo das políticas públicas.

Figura 2 – Evolução da Expectativa de Vida ao nascer, no Brasil, em Anos (1950-2014).



Fonte: IBGE (2010, 2015); entre 1950 e 2010, os dados são do Censo, e entre 2011 e 2014, são estimativas.

Estas estatísticas despertam novos questionamentos a respeito da linha de corte na definição de idoso, atualmente em 60 anos nos países em desenvolvimento. Se a longevidade cresce, é importante que a ciência discuta essa conceituação, uma vez que o extrato populacional acima de 80 anos é cada vez maior. Esta discussão implicará nas políticas públicas de atenção ao idoso, no mercado de trabalho e na previdência social. Nesse sentido, estudos já vêm sendo realizados com a inclusão da chamada Quarta Idade (LASLETT, 1991; NETUVELLI *et al.*, 2006), que contempla as pessoas com idade acima de 80 anos.

A expansão do segmento de pessoas com 60 anos ou mais é expressiva, tornando a questão do envelhecimento saudável relevante no debate científico e governamental. Nesse sentido, vários desafios foram colocados com foco no idoso, tais como o fortalecimento de políticas públicas que contemplem a prevenção e promoção da saúde, a manutenção da independência e a vida ativa, e a manutenção e/ou melhora do nível de qualidade de vida com o envelhecimento (WHO, 2007).

Nesse contexto, de forma ampla, as políticas públicas vêm integrando a pauta de debates, congressos e discussões não apenas de gestores públicos e especialistas, mas como objeto de estudo nas universidades, em função da sua relevância para o desenvolvimento social, e também como afirmam Wu *et al.* (2014), para a prosperidade econômica, equidade social, justiça social e sustentabilidade ambiental. No campo do envelhecimento populacional, as políticas públicas são essenciais para garantir além de ações afirmativas, programas e ações continuadas e implementadas pelos gestores públicos, contemplando atividades relacionadas ao bem estar do idoso na localidade onde vive.

Política pública significa um sistema de decisões públicas que busca atingir objetivos que mantenham ou modifiquem a realidade de um ou mais grupos sociais, por meio de estratégias e recursos humanos, materiais, financeiros e administrativos (SARAVIA, 2006). Esse sistema é permeável a influências internas, relacionadas ao governo e instituições legalmente vinculadas, e externas, como os grupos de interesse e movimentos sociais, entre outros atores (SOUZA, 2006).

Ainda conforme Souza (2006), a política pública é definida como um campo multidisciplinar e holístico, em que o todo é maior do que a soma das partes, envolvendo diferentes indivíduos, instituições, interações, ideologias e interesses. Para a autora, depois de formulada determinada política pública, a mesma se desdobra em planos, programas, projetos, ações e base de dados, sendo objeto de estudos de diversas áreas, entre as quais estão planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas, além de economia, ciência política, antropologia e geografia.

Esse contexto torna aparente a existência de intersectorialidade e multidisciplinaridade das políticas públicas, motivando uma exigência de governança pública na estrutura administrativa e governamental, constituída por interesses diversos presentes nos atores. Segundo Ronconi (2011), a governança pública articula as dimensões econômico-financeira, institucional-administrativa e

sociopolítica, e estabelece parcerias com a sociedade civil e organizações para solucionar problemas sociais.

As instituições são relevantes na governança pública por permitir a legitimação das ações, sendo necessária também a participação dos diversos atores ou agentes de interesse. Para Gomide e Pires (2014), enquanto o ambiente institucional está relacionado às regras gerais que definem o funcionamento dos sistemas político, econômico e social, o arranjo institucional compreende as regras específicas que os agentes ou atores definem nas relações estabelecidas no âmbito político e social, delimitando quem está apto a participar do processo.

À medida que se institui uma série de mecanismos para envolvimento dos atores no processo de formulação, implementação e governança de políticas públicas, e se ampliam os instrumentos de controle, participação e transparência nas decisões públicas, torna-se mais complexo o ambiente institucional para a formulação, coordenação e execução das políticas públicas. São vários os atores e grupos de interesses a serem coordenados na execução de uma política (GOMIDE e PIRES, 2014), dentre os quais se destacam: burocratas, parlamentares e organizações da sociedade civil, o que vem a exigir um processo institucional de governança.

Desse modo, além de referir-se aos processos de como as organizações são administradas e controladas, a governança pública deve tornar explícito o papel de cada ator definindo os seus objetivos, responsabilidades, modelos de decisão e rotinas (MATIAS-PEREIRA, 2010). A governança pode assegurar transparência na formulação e eficácia na implementação de políticas. Para Boschi (1999), é na relação dinâmica entre os tomadores de decisão e as bases sociais e o sucesso de determinada política que o conceito de governança se apresenta.

Outro elemento importante diz respeito à integração das políticas públicas, que Wu *et al* (2014) definem como sendo um processo constituído de objetivos complementares, sinérgicos e consistentes, envolvendo diferentes agentes e setores. Assim, no campo das políticas públicas de atenção ao idoso, tem-se como pressuposto que, em cada política/programa/ação, a governança envolva múltiplos temas de interesse público entre os quais estão educação, saúde, inclusão social e cultura, impondo, portanto, relações intersetoriais na programação e execução das políticas públicas.

A análise do desenvolvimento de políticas públicas, especialmente no Brasil, adquire relevância a partir das mudanças ocorridas nas instituições políticas brasileiras após 1988 (SOUZA, 2004), com maior empoderamento das comunidades locais no processo decisório sobre as políticas públicas, com sua formulação e implementação de políticas públicas alinhadas ao processo de descentralização e municipalização. Vale ressaltar que embora uma política pública seja desenvolvida em determinado município, o seu alcance territorial pode ir além dos limites municipais, alcançando outros públicos e localidades em seu redor.

Nessa perspectiva, adquire substância a análise teórica e empírica sobre gestão de territórios. O território, na concepção de Finatto e Lenz (2012), é concebido a partir da ocupação de um espaço, resultante de intencionalidades convergentes ou divergentes sendo, portanto não homogêneo, comportando em seu interior grande diversidade de população, atividades e formas de organizações coletivas. Llorens (2001) também compartilha a ideia conceitual de não homogeneização de território, caracterizado pela diversidade de atores territoriais. Para Silva (2012), a abordagem territorial contempla determinada realidade regional, socioeconômica e político-institucional, decorrente da interação de diversos agentes e grupos de interesse.

O território, no contexto teórico que se apresenta, passa a ser o grande regulador de relações, capaz de articular projetos sociais e políticos (BRANDÃO, 2004). Ainda, de acordo com o autor, o território não é um dado fixado, mas uma construção social marcada por conflitos, uma produção coletiva, dinâmica e multidimensional, dotado de adequado grau de densidade institucional e comunitária.

Estudos sobre políticas públicas, sobretudo as sociais, avaliam a relevância da territorialidade e desenvolvimento local. Dentre eles, a relação entre território e política pública na promoção do desenvolvimento rural, melhorando a qualidade de vida e aumentando as rendas da população desse espaço ocupado (FINATTO e LENZ, 2012), a análise de que a formulação e implementação das políticas públicas devem ser pensadas em torno do território onde residem as pessoas beneficiárias (TORRES e MARQUES, 2004), as inovações trazidas e as contradições inseridas pela abordagem territorial nas relações entre Estado e sociedade civil no planejamento e implementação de políticas públicas federais do Governo Federal nos anos 2000 (SILVA, 2012).

1.2 Territórios da Pesquisa

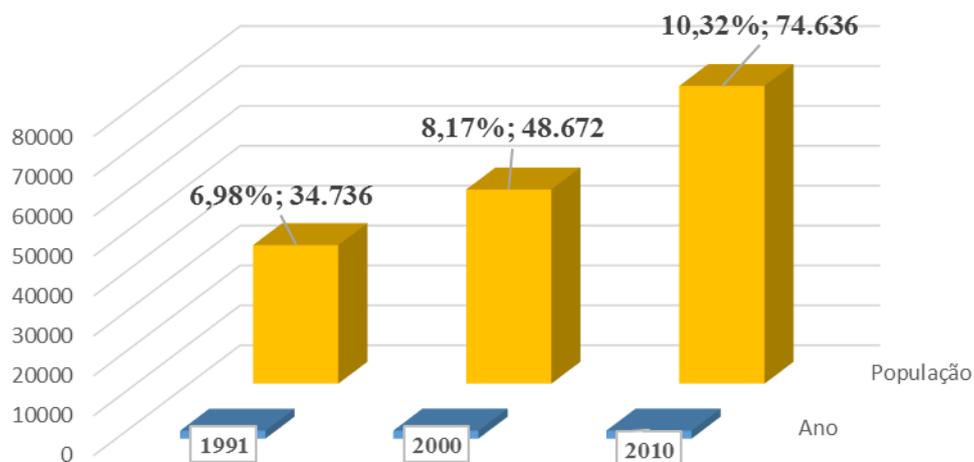
A operacionalização desse estudo impõe a aplicação de recortes sob a ótica territorial, com foco em município significativo em perspectiva regional, e sob a ótica temporal, compreendendo mais de um ciclo de governo municipal. Nesse sentido, a opção por capitais brasileiras torna-se relevante na medida em que são municípios que influenciam as decisões políticas e o contexto socioeconômico para além de seus limites administrativos e territoriais.

Assim, foram escolhidos os municípios de João Pessoa, capital da Paraíba, e Cuiabá, capital de Mato Grosso, localizadas no Nordeste e Centro Oeste do território brasileiro, respectivamente, e consideradas capitais de médio porte. Estas cidades apresentam um relevante crescimento de sua população idosa, conforme discorrido adiante, e também contam com características culturais e regionais diferenciadas. A pesquisa nesses territórios poderá identificar o alcance das políticas públicas nos diferentes bairros de cada município, contemplando um público com distintas características socioeconômicas e culturais. Além disso, pode-se identificar se as políticas públicas implementadas no período influenciam de alguma forma as cidades vizinhas.

O município de João Pessoa tem uma população de 723.515 habitantes (IBGE, 2010), sendo que 10,32% (74.636) são idosos. Em relação ao Censo de 1991, houve um incremento de 114,87% da população idosa, que era de 34.736 habitantes desse segmento. A capital da Paraíba figura como a terceira capital do Nordeste com o maior índice de população idosa, conforme dados do último Censo Populacional (IBGE, 2010), atrás de Recife (11,8%) e Natal (10,4%).

O crescimento proporcional da população idosa de João Pessoa (Figura 3) é similar ao que vem ocorrendo em âmbito nacional, que passou de 7,30%, em 1991 para 10,79%, em 2010. No contexto das capitais da região nordeste, o município de João Pessoa se destaca no processo de mudança demográfica, e suas decisões políticas refletem outros municípios vizinhos como Cabedelo, Bayeux, Santa Rita e Conde, que constituem a Microrregião de João Pessoa.

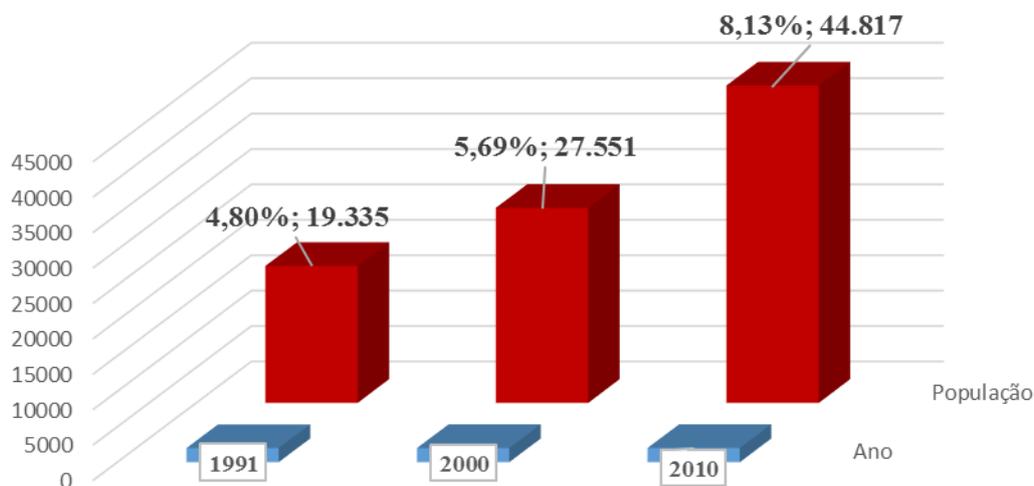
Figura 3 – Evolução da População Idosa em João Pessoa – PB (1991-2010)



Fonte: IBGE (1991, 2000, 2010).

No caso da cidade de Cuiabá, apresenta-se como a terceira capital do Centro Oeste com maior índice de população idosa, conforme dados do último Censo Populacional (IBGE, 2010): são 44.817 idosos na Capital, representando 8,13% do total de 551.098 habitantes. As demais capitais da região têm os seguintes percentuais: Campo Grande (9,94%), Goiânia (9,58%) e Brasília (7,69%). No censo 2000, a proporção de idosos em Cuiabá era de 5,7% e em 1991, de 4,8%.

A população idosa de Cuiabá apresenta proporção ainda inferior (1991 = 4,80% e 2010 = 8,13%) ao que vem ocorrendo no Brasil (1991 = 7,30% e 2010 = 10,79%). Observa-se que o município obteve um crescimento de 3,33 pontos percentuais na proporção de idosos entre 1991 e 2010 e um aumento da sua população idosa em 131,79% nesse período. O município é o mais importante da microrregião de Cuiabá, em termos políticos, econômicos e demográficos, influenciando os municípios vizinhos da microrregião da qual faz parte, incluindo Várzea Grande, Chapada dos Guimarães, Santo Antônio do Leverger e Nossa Senhora do Livramento.

Figura 4 – Evolução da População Idosa em Cuiabá – MT (1991-2010)

Fonte: IBGE (1991, 2000, 2010).

As cidades brasileiras com maior proporção de idosos (IBGE, 2010) estão localizadas no interior do Rio Grande do Sul, com índices superiores a 20%, como Coqueiro Baixo (29,38%) e Santa Tereza (27,09%). As Capitais Brasileiras com maior proporção de idosos estão na Região Sul e Sudeste, destacando-se Porto Alegre (15,04%) e Rio de Janeiro (14,89%). Nas regiões Norte e Nordeste, a capital paraibana João Pessoa registra a terceira maior população idosa, enquanto a capital mato-grossense Cuiabá a terceira maior da região Centro-Oeste, com tendência de crescimento implicando no desenvolvimento de políticas públicas. A Tabela 2 traz a população idosa de todas as capitais brasileiras, em ordem de maior proporção de idosos (IBGE, Censo 2010).

Na classificação geral, o município de João Pessoa fica na posição 10 e Cuiabá, na posição 19. Entretanto, a escolha das capitais seguiu determinados critérios em termos de tamanho populacional, região brasileira e características históricas. Desse modo, mesmo que outras capitais apresentam dados proporcionais e absolutos sobre envelhecimento populacional superiores aos identificados nos dois municípios, o crescimento da população idosa nessas localidades não pode ser desprezado. Além disso, buscou-se considerar duas capitais em regiões onde o envelhecimento populacional é um fenômeno mais recente, se comparado às capitais do Sul e Sudeste do país, como Porto Alegre, Rio de Janeiro e Vitória (ES).

Tabela 2 – População Idosa das Capitais Brasileiras: Censo 2010

CAPITAL BRASILEIRA	POPULAÇÃO IDOSA	% IDOSOS/POPULAÇÃO
Porto Alegre (RS)	211.896	15,04%
Rio de Janeiro (RJ)	940.851	14,89%
Belo Horizonte (MG)	299.572	12,61%
Vitória (ES)	39.470	12,04%
São Paulo (SP)	1.338.138	11,89%
Recife (PE)	181.724	11,82%
Florianópolis (SC)	48.423	11,50%
Curitiba (PR)	198.089	11,31%
Natal (RN)	83.939	10,44%
João Pessoa (PB)	74.636	10,32%
Campo Grande (MS)	78.231	9,94%
Fortaleza (CE)	237.775	9,70%
Goiânia (GO)	124.682	9,58%
Belém (PA)	129.929	9,32%
Salvador (BA)	247.646	9,26%
Aracajú (SE)	51.887	9,08%
Teresina (PI)	69.122	8,49%
Maceió (AL)	79.087	8,48%
Cuiabá (MT)	44.817	8,13%
Brasília (DF)	197.613	7,69%
São Luís (MA)	77.971	7,68%
Rio Branco (AC)	21.620	6,43%
Manaus (AM)	108.081	6,00%
Porto Velho (RO)	24.153	5,64%
Boa Vista (RR)	14.729	5,18%
Macapá (AP)	20.508	5,15%
Palmas (TO)	9.978	4,37%

Fonte: IBGE (2010).

Nesse caso, foram consideradas as regiões Nordeste, Norte e Centro Oeste como território *a priori* de análise, em que seriam escolhidas duas capitais, considerando aspectos culturais e regionais diferentes. A partir desse ponto de vista, ponderou-se a população dessas capitais de modo a escolher municípios com populações entre 500 e 800 mil habitantes, mas que também apresentassem índices maiores de crescimento no número de idosos nessas regiões. Assim, as regiões Nordeste e Centro Oeste foram selecionadas para o estudo, uma vez que na região Norte as capitais apresentam os menores indicadores relativos ao envelhecimento, com exceção de Belém.

Por fim, com as alternativas apresentadas pelas capitais do Nordeste e Centro Oeste, foram excluídas todas aquelas com população geral acima de 800 mil habitantes, dentre as quais se incluem Fortaleza, Recife, Salvador, Brasília e Goiânia. Com o rol de opções restante, a questão histórica das capitais foi observada, optando pelas capitais mais antigas em cada uma das regiões. Esta característica é relevante no sentido da formação urbanística e territorial e da diversidade maior em termos culturais e sociais. Assim, foram escolhidas as cidades

de João Pessoa e Cuiabá, que atendendo aos critérios estabelecidos, se apresentam como as mais antigas, fundadas em 1585 e 1719, respectivamente.

1.3 Definição do Problema de Pesquisa

A partir da discussão exposta na seção anterior, em que o fenômeno demográfico do envelhecimento se apresenta como objeto de estudo importante no campo da governança pública, das políticas públicas e da gestão dos territórios, o presente estudo se propõe a considerar o seguinte problema de pesquisa: **como se configuram os arranjos institucionais de governança nas políticas públicas de atenção ao idoso, com base no estudo dos municípios de João Pessoa e Cuiabá?**

1.4 Objetivos, Hipótese e Contribuições

O objetivo da pesquisa é analisar e caracterizar os arranjos institucionais presentes no modelo estrutural de governança nas políticas públicas dirigidas aos idosos, com a identificação dos atores participantes e das dimensões condicionantes à sua configuração e funcionamento, em João Pessoa, capital da Paraíba, e Cuiabá, capital de Mato Grosso, tendo como marco temporal a promulgação do Estatuto do Idoso, em horizonte de tempo que vai desde 2003 até 2016.

Os objetivos específicos são:

- a) Descrever e analisar as características socioeconômicas e territoriais, mudança demográfica, estrutura governamental e administrativa nos municípios;
- b) Descrever as políticas públicas, programas, projetos e ações adotadas na atenção ao idoso no período, nos referidos municípios, identificando as secretarias envolvidas, articulação intefederativa e demais atores participantes;
- c) Identificar e analisar as características de concepção e execução das políticas públicas, programas, projetos e ações, bem como da gestão de territórios, institucionalização e legitimação;
- d) Analisar as formas de participação dos atores estatais, paraestatais e não estatais nos arranjos que configuram a governança das políticas públicas de atenção ao idoso, considerando as dimensões que condicionam sua configuração e funcionamento;

e) Identificar as repercussões das políticas públicas de atenção ao idoso junto aos municípios vizinhos de João Pessoa e Cuiabá.

Assim, levanta-se como hipótese que a configuração da governança pública na construção das políticas públicas de atenção ao idoso está vinculada aos mecanismos e formas de participação dos atores em arranjos institucionais, sendo condicionada às dimensões Econômico-financeira, Político-legal, Estrutural-administrativa, Sócio demográfica, Informacional e Institucional, alcançando ao longo do tempo diferentes níveis de integração, aprimoramento e continuidade das referidas políticas públicas, em uma perspectiva intersetorial e interfederativa.

Esta tese postula que em seus achados será identificada a estrutura de governança nas políticas existentes nos municípios em estudo, tendo como principais atores presentes no arranjo institucional os conselhos municipais do idoso e as secretarias municipais de saúde e assistência social. Todavia, as políticas para idosos estão ainda em processo de consolidação e institucionalização, tendo maior avanço a partir de 2003 com um conjunto de leis que defendem os direitos do idoso contemplando múltiplas áreas, como saúde, transporte e assistência social.

A contribuição científica do estudo se dá por meio de um modelo conceitual que visa explicar o funcionamento e configuração da estrutura de governança nas políticas públicas dirigidas a um segmento populacional em contínuo crescimento na maioria dos países: o idoso. São indivíduos com necessidades específicas e complexas, que requerem políticas, projetos, programas e ações adaptadas. O trabalho revisa conceitos e dados sobre políticas públicas, governança e atores, mudanças demográficas no mundo, Brasil, regiões brasileiras e nos municípios em estudo, de modo a embasar os resultados empíricos e a formulação do modelo teórico de governança.

1.5 Relevância, Justificativa e Delimitação

Com o aumento da população idosa e o desenvolvimento de programas para atender a população com 60 anos ou mais, categorizados como idosos, é importante o desenvolvimento de pesquisas e estudos que possam avaliar o processo de construção de políticas públicas de atenção ao idoso, diante do grau de complexidade inerente ao rápido processo de envelhecimento populacional no país.

A escolha desse estrato populacional para o estudo sobre políticas públicas se justifica, ainda, pelo fato de que esse processo deve se constituir de ações de

Estado e não de governo, porque o fenômeno do envelhecimento populacional aponta desafios para os diferentes temas de interesse da Administração Pública brasileira e da sociedade. O tema requer um olhar multidimensional que considera as questões de saúde pública, trabalho e previdência social, infraestrutura, moradia, garantia de renda, ressaltando a necessidade de estudos para contribuir do ponto de vista teórico e empírico com a formulação e evolução de políticas públicas de longo prazo.

Para isso, é necessário conhecer o tipo de participação dos atores envolvidos e das partes interessadas, a ocorrência de intersetorialidade no processo de desenvolvimento das políticas públicas e o modelo de governança pública presente no município analisado. Relevante ainda a centralidade municipal do estudo proposto, em função da progressiva descentralização das políticas públicas dirigidas ao idoso, e do conhecimento por parte dos gestores públicos locais das especificidades e necessidades desse público, o que poderia ser dificultado caso a política fosse formulada e executada sob uma ótica de governo Estadual ou Federal.

O estudo é também importante dada a crescente necessidade de atenção da sociedade para com a população idosa. Do ponto de vista econômico, os resultados de políticas públicas de atenção ao idoso, ao longo prazo, poderão ainda permitir que essas pessoas envelheçam com qualidade de vida e que desse modo se evite maior pressão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

Pretende, também, oferecer uma proposta metodológica de investigação e a sistematização dos seus resultados visando possibilitar análises comparadas, bem como a formulação de recomendações sobre os modelos de governança analisados, com possíveis aplicações em outros municípios.

Esta tese está assim estruturada, para além do Capítulo 1 introdutório; no Capítulo 2 é apresentada a Fundamentação Teórica sobre os temas do Envelhecimento Populacional e das Políticas Públicas; no Capítulo 3 discorre-se sobre os Procedimentos Metodológicos do estudo, tecendo a respeito do Tipo de Pesquisa, Coleta de Dados, dentre outros; no Capítulo 4 aborda-se o conteúdo sobre os Resultados e Discussões, analisando os dados sobre as Políticas Públicas de Atenção aos Idosos nos municípios em estudo, além do Modelo Conceitual de Governança no Desenvolvimento de Políticas Públicas. No Capítulo 5 são apresentadas as Considerações Finais a respeito dos achados da pesquisa. Ao final, relacionam-se as Referências, os Apêndices e Anexos do trabalho.

CAPÍTULO 2: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo apresenta-se a discussão teórica sobre Políticas Públicas, Governança e Territorialidade, Mudanças Demográficas e Políticas Públicas de Atenção ao Idoso, que formam o conjunto de conceitos centrais para a elaboração do estudo.

2.1 Políticas Públicas

Esta seção discorre os fundamentos conceituais de política pública e administração pública, a análise da integração de políticas públicas, bem como a abordagem democrática e de municipalização.

2.1.1 Conceitos e Fundamentos de Políticas Públicas

A Administração Pública é a área com a dimensão de compreender quais objetivos devem ser definidos para atender aos interesses da sociedade e as ações a serem realizadas para atingi-los, por meios das funções planejamento, organização, direção e controle. Nas colocações de Denhardt (2012), é um campo do conhecimento responsável pela gestão de processos de mudanças que objetiva alcançar resultados no campo social.

Segundo Matias-Pereira (2007), a Administração Pública compreende o governo como um sistema, composto por ideias, atitudes, normas, processos, instituições e outras formas de conduta humana, determinando formas de distribuição e exercício da autoridade pública, e o atendimento dos interesses públicos. Assim, as políticas públicas são coordenadas e implementadas por meio da administração pública, embora outras configurações organizacionais e estruturais estejam presentes, tais como entidades ou movimentos sociais e sindicatos.

Antes de se compreender o significado de políticas públicas, é importante trazer o conceito de política. De acordo com Matias-Pereira (2007), a política envolve um conjunto de ações e processos com a finalidade de solucionar pacificamente os conflitos inerentes à alocação de bens e recursos públicos. Para Delgado, Triana e Sayago (2013), uma política consiste nos resultados da participação de atores diversos.

Quanto à política pública, significa um conjunto de ações interligadas em diversos estágios do processo decisório, por meio de diferentes decisores públicos (MONTEIRO, 2006). As políticas públicas correspondem às decisões tomadas pelos

governos para resolver ou não problemas que atingem a sociedade (DELGADO, TRIANA e SAYAGO, 2013).

Na visão de Oliveira (2013), as políticas públicas devem corresponder às orientações e às disposições do governo, por meio das mais diversas decisões nas esferas sociais, influenciando a população nos âmbitos pessoais, profissionais, sociais e também educacionais.

Como área de conhecimento e disciplina acadêmica, surge nos Estados Unidos, sob a designação de ciência política (TREVISAN e BELLEN, 2008) e na Europa, como desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado (SOUZA, 2006). A gradativa estabilidade democrática, na maioria dos países, contribuiu para o avanço das políticas públicas (SOUZA 2006) e, conseqüentemente, a crescente pesquisa na área, ao longo do tempo, principalmente na segunda metade do século 20 (MONTEIRO, 2006).

Historicamente, as políticas públicas voltadas para o desenvolvimento no Brasil evoluíram da ênfase apenas na organização dos gastos públicos, no período da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), passando pela conjuntura do centralismo federal e restrita participação social, entre os anos 1950 e 1980 (GOULART *et al.*, 2010), para as mudanças estruturais ocorridas com a redemocratização e a descentralização. Esta última proporcionou o avanço das políticas públicas no Brasil, principalmente após 1988, impulsionada pela transição democrática (SOUZA, 2004; TREVISAN e BELLEN, 2008; GOULART *et al.*, 2010; JANUZZI, 2014).

O campo de estudo das políticas públicas é caracterizado como multidisciplinar, embasado em constructos teóricos das áreas de Ciência Política e Administração (LOTTA, 2012), Ciências Sociais, Economia, Antropologia, Geografia e Planejamento (SOUZA, 2006), e Educação, em temas como Política Educacional e Planejamento Educacional (FARIA, 2012).

Considerando esse aspecto, Monteiro (2006) argumenta que os estudos não devem ficar restritos a determinado segmento das ciências sociais, principalmente devido às diferenças metodológicas de cada área. Segundo Souza (2006), nas políticas sociais em particular, a visão teórica-conceitual está focada nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Além da interdisciplinaridade, Trevisan e Bellen (2008) afirmam que a área de políticas públicas é perpassada por uma variedade de instituições e executores.

Para Monteiro (2006), a política pública ocorre a partir de uma visão interorganizacional. Daí considera-se seu caráter não individual e permeado de valores em torno de processos e resultados, onde se estabelecem relações de poder, interdependência de setores, participação de vários públicos e grupos de interesse. Assim, a política pública, na concepção de Matias-Pereira (2007), é resultante da política, compreendendo um conjunto de decisões e ações relativas à alocação de valores.

De um modo geral, a organização pública tradicionalmente se estabelece na base funcional, na variedade de políticas e nas unidades de decisões políticas designadas para cada área (MONTEIRO, 2006), como industrial, agrícola, monetária, saúde, educação, segurança pública, articulando-se a uma unidade de decisão central.

Identifica-se que o termo decisão é inerente às políticas públicas, pois no sistema político, consideram-se as demandas sociais do ambiente como elementos de entrada, as quais serão analisadas e, posteriormente resultarão em ações para atender à sociedade e seus interesses. No entanto, há diferença entre decisão política e política pública, conforme destaca Matias-Pereira (2007): uma decisão política corresponde a uma escolha dentre um conjunto de alternativas, de acordo com a hierarquia das preferências dos indivíduos, grupos ou organizações. Já uma política pública constitui-se de diversas ações estratégicas para implementar as decisões tomadas. Em resumo, uma política pública implica necessariamente numa decisão política, e nem toda decisão política chega a constituir uma política pública.

Em torno das decisões sobre políticas públicas, é relevante que se estude o governo em ação (SOUZA, 2003a), de modo a compreender como as mesmas ocorrem. Porém, não há uma única referência para isso. Em uma abordagem mais completa, Procopiuck e Frey (2009) afirmam que a análise política considera simultaneamente as inter-relações institucionais, os processos políticos e o conteúdo da política, tendo como finalidade compreender a complexa relação do sistema político-administrativo em ação, ou seja, na elaboração e execução de políticas públicas.

Com base em Monteiro (2006) são três os ângulos de análise de política, com base em diferentes áreas do conhecimento:

- A política como escolha racional de um agente de decisão, tendo como ângulo de análise a Economia.

- A política como um *output* da organização governamental, cujo estudo articula-se com as áreas de conhecimento da Administração e da Teoria das Organizações.
- A política como uma resultante das arenas de negociação, onde o campo de análises inclui cientistas políticos e sociólogos.

Dentre os três ângulos de análise, esta pesquisa utiliza do estudo da política como um *output* (saída) da organização governamental, onde se inserem as políticas públicas dirigidas aos idosos. O campo da Administração abrange as organizações públicas, privadas e do terceiro setor, e muitas vezes, na seara das políticas públicas, há a presença simultânea de todos os tipos de organizações citados, seja de forma direta ou indireta (por meio de influências, sem ação nas rotinas e procedimentos).

Apesar de analisada a partir de determinada área de conhecimento, a política pública não se restringe apenas a um campo de estudo ou setor organizacional, sendo assim, um campo holístico. Souza (2006, p. 26) ressalta que isso tem duas implicações:

A primeira é que, como referido acima, a área torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. (...) a política pública, embora seja formalmente um ramo da ciência política, a ela não se resume, podendo também ser objeto analítico de outras áreas do conhecimento, inclusive da econometria, já bastante influente em uma das subáreas da política pública, a da avaliação, que também vem recebendo influência de técnicas quantitativas. A segunda é que o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários “olhares”.

As políticas públicas, independentemente do campo de estudo, constituem-se de etapas: depois de desenhadas e formuladas, são desdobradas em planos, programas, projetos e ações. Quando postas em ação, são implementadas, e assim submetidas a sistema de monitoramento e avaliação. Identifica-se uma estruturação que envolve uma visão macro, tendo a política pública neste patamar, e vai se desenvolvendo até alcançar uma visão micro, como as ações e eventos realizados para atender uma necessidade social (SOUZA, 2006).

No que diz respeito aos programas, há duas dimensões que podem ser analiticamente desagregadas (ARRETCHE, 2002): (1) Objetivos e (2) estratégia pela qual se pretende atingir os objetivos. Para a autora, a estratégia consiste na escolha

entre alternativas possíveis, o que significa que um mesmo objetivo pode ser atingido por meio de caminhos distintos de ação.

Para Januzzi (2014), o programa público é um dos instrumentos operacionais das políticas públicas, e trata-se de um conjunto sistêmico de ações programadas e articuladas entre si, com o objetivo de atender uma demanda pública específica. Um programa social, por sua vez, corresponde a um conjunto de atividades direcionadas para solucionar um problema vivenciado pela sociedade, em seu conjunto ou por determinados grupos.

Ao analisar o público idoso e o fenômeno do envelhecimento, percebe-se que se refere a uma questão social, com uma temática ampla, uma vez que o envelhecimento demanda políticas em diversas áreas, como saúde, educação, lazer, cultura, moradia. Nesse sentido, retomando Januzzi (2014), há programas com escopo temático e escala de operação mais abrangente que o usual, revelando-se mais como um guarda-chuva de programas mais específicos. Por outro lado, há programas que se resumem a projetos de curto alcance.

A literatura apresenta o Ciclo das Políticas Públicas para explicar como ocorre o desenvolvimento das políticas, correspondendo às etapas de (1) Definição de Agenda, (2) Formulação de Políticas Públicas, (3) Tomada de Decisão, (4) Implementação de Políticas Públicas, (5) Avaliação e Monitoramento (VIANA, 1996; ARRETCHE, 2002; CAPELLA, 2006; WU *et al.*, 2014; JANUZZI, 2014; RAEDER, 2014).

Essas cinco etapas constituem as funções essenciais da configuração de políticas públicas que os gestores públicos devem realizar para alcançar os objetivos esperados pela sociedade e pelo seu governo. Nessa concepção, as atividades das políticas não ocorrem em “estágios”, com uma progressão linear de um para o outro, sendo um conjunto de atividades inter-relacionadas.

Para Wu *et al.* (2014), se os gestores não entenderem a natureza e funcionamento do processo de políticas, poderão não elaborar estratégias eficazes que resultem em um conjunto integrado de resultados. Para Januzzi (2014), apesar da forma simplificada do ciclo das políticas públicas, a separação em etapas se presta aos objetivos de evidenciar, ao longo do processo, ênfases diferenciadas no planejamento, na operação ou avaliação dos programas. Segundo Raeder (2014), o ciclo contribui para uma análise integrada das políticas públicas, na medida em que

é possível identificar os agentes envolvidos e os processos inerentes em cada estágio.

Na *Definição da Agenda Pública* busca-se identificar os problemas coletivos, temas ou demandas que possam ser introduzidos e absorvidos no desenvolvimento de políticas públicas, sendo que as demandas por ações governamentais podem vir tanto de dentro como de fora dos governos (DRAIBE, 2002; WU *et al.*, 2014). Esta fase corresponde aos múltiplos caminhos e processos pelo qual são listadas as questões sociais que precisam de atenção de gestores públicos e agentes governamentais, que reconhecem e legitimam determinada questão social como problema público e da necessidade da ação governamental para sua solução, em determinado momento (CAPELLA, 2006; JANUZZI, 2014; WU *et al.*, 2014).

São inúmeros os problemas sociais existentes, vinculados ao saneamento básico, iluminação pública, degradação ambiental, violência, pobreza, saúde pública e educação, cada qual com suas características, especificidades e grupos de interesses. Inclui ainda a limitação de recursos humanos, financeiros e materiais do Estado para atender a todas as demandas da sociedade. Diante disso, é possível avaliar o quão é difícil definir uma agenda pública e escolher qual questão será atendida por meio de políticas públicas. O envelhecimento populacional, por exemplo, é um dos temas relevantes nesse sentido, pois vem ocorrendo em inúmeras cidades brasileiras, e precisa ser discutido por gestores públicos e outros agentes estatais e não estatais, na definição das agendas locais.

A *Formulação* refere-se aos processos e atividades relacionadas à construção de possíveis soluções de questões legitimadas na agenda governamental, de produção e o confronto de alternativas por parte dos diferentes grupos de atores, da apropriação da política por parte dos agentes implementadores, e das definições de estratégias de implementação (DRAIBE, 2002; JANUZZI, 2014). Dependendo do grau de conhecimento disponível sobre o problema a ser tratado pela política, a formulação poderá conter parâmetros bem específicos acerca dos beneficiários dos programas e dos recursos envolvidos, ocorrendo ainda uma avaliação preliminar de sua viabilidade (RAEDER, 2014; WU *et al.*, 2014). Nesta etapa, os problemas, propostas e demandas explicitadas na agenda transformam-se em leis, decretos normativos, programas, projetos, diretrizes estratégicas e propostas de ações, em busca de possíveis soluções (JANUZZI, 2014).

Formular políticas considera ainda a natureza do controle do ambiente e das informações, além de adaptar o desenho a cada contexto local, mesmo que o objetivo do programa seja, a princípio, o mesmo para todas as situações. É o caso do processo de envelhecimento populacional, que não ocorre de maneira uniforme e homogênea em todas as localidades, o que pode diferenciar ou segmentar políticas e programas para esse grupo social.

A *Tomada de Decisão* é a função de política pública em que se decide tomar um curso de ação (ou não ação) para tratar de um problema público, o qual envolve a seleção a partir de uma gama de opções, incluindo o de manter o *status quo*. Muitas vezes envolve um grupo relativamente pequeno de agentes de alto nível autorizados a vincular o governo a um curso de ação específico (JANUZZI, 2014; WU *et al.*, 2014). Dentre os agentes envolvidos no processo decisório das políticas públicas, estão possivelmente os chamados burocratas de nível de rua (LOTTA, 2012). A autora enfatiza a partir de suas análises empíricas, que se observa um papel relevante dos burocratas nas democracias contemporâneas, em que não apenas administram, mas participam junto com os agentes políticos do processo de tomada de decisão.

A tomada de decisão, assim como ocorre muitas vezes na Administração de Empresas, é uma função reservada aos gestores estratégicos, e assim, poderão prevalecer os interesses desses agentes na escolha da alternativa. Porém, quando se avalia as políticas públicas para o idoso, os agentes que atuam mais diretamente com esse público podem conhecer melhor suas necessidades, influenciando nas escolhas que venham a contribuir efetivamente para atender tais necessidades.

A *Implementação* consiste no desenvolvimento de esforços de execução da ação governamental, na alocação de recursos e desenvolvimento dos processos previstos nas alternativas e programas escolhidos anteriormente, concretizando a solução dos problemas definidos na agenda governamental (WU *et al.* 2014; RAEDER, 2014; LIMA e D'ASCENZI, 2013; DRAIBE, 2002). Entretanto, a implementação perfeita é inatingível, devido a limitações como a falta de tempo adequado, de recursos suficientes e de uma política bem formulada, além de problemas de natureza administrativa-organizacional e conflitos de interesses dos atores envolvidos, sendo necessário o uso de instrumentos que regulem os recursos aplicados nessa fase e mecanismos que criem um ambiente de cooperação entre os

participantes (CLINE, 2000; PETERS, 2000; HOWLETT, KIM e WEAVER, 2006; OLLAIK e MEDEIROS, 2011; LIMA e D'ASCENZI, 2013).

Esta fase corresponde à prática da política, e conta com a presença de agentes implementadores, como os burocratas de nível de rua, que segundo Lotta (2012), são aqueles funcionários que trabalham diretamente no contato com os usuários dos serviços públicos, como policiais, professores, profissionais de saúde e assistentes sociais. Essa característica pode limitar a ação do governo, que passa a não ter autonomia e controle totais nessa etapa do desenvolvimento das políticas públicas, tendo apenas autonomia relativa para gerar determinadas capacidades e condições para isso. A falta de controle e domínio absoluto do governo em implementar as políticas pode ser decorrente da complexidade do ambiente, da dependência de outras organizações e instituições, da influência dos atores envolvidos, dentre eles o público-alvo.

A *Avaliação* de políticas públicas se refere aos impactos das ações empreendidas, enfatizando o grau em que a mesma está atingindo seus objetivos e, se não estiver, o que poderá ser feito para melhorá-la, e até descontinuí-la (WU *et al.*, 2014; RAEDER, 2014; JANUZZI, 2014). Aplicada desde o início do século XX nos países anglo-saxões, como os Estados Unidos (TINÔCO, SOUZA e OLIVEIRA, 2011), tem importância na medida em que os serviços públicos não têm concorrentes, tal como no mercado, que possam servir como medida da qualidade e eficácia de sua prestação; desse modo, o Estado é obrigado a proceder à avaliação regular de seus programas e atividades (COSTA e CASTANHAR, 2003; QUIROGA *et al.*, 2014). As medidas de avaliação podem ser do tipo *ex-ante* e *ex-post* (DRAIBE, 2002; TREVISAN e BELLEN, 2008; PINHO e SACRAMENTO, 2009), interna, externa e mista (JANUZZI, 2014), de processos e resultados (DRAIBE, 2002), administrativas e políticas (WU *et al.*, 2014), tradicional e pluralista (TINÔCO, SOUZA e OLIVEIRA, 2011).

Avaliar e monitorar políticas públicas são tarefas que exigem atenção, sobretudo, devido aos fatos externos e internos ocorridos durante todo o processo, que pode desencadear mudanças nas decisões e em até em novas formulações. Assim, a avaliação não deve ocorrer apenas ao final, depois de aplicada e executada determinada política, mas em todo o processo. Para tanto, faz-se necessário estabelecer critérios de avaliação e metodologias rigorosas para avaliar os resultados dos serviços públicos ofertados à população. As informações

coletadas na avaliação darão bases consistentes para implementar mudanças que se façam necessárias em determinados projetos ou políticas públicas.

2.1.2 Políticas Públicas Integradas

Uma administração pública democrática propicia a articulação e envolvimento da comunidade civil, instituições e órgãos do governo na Administração Pública, com a finalidade de tornar efetiva a ação do Estado, no atendimento à sociedade. Esses preceitos reforçam a necessidade de desenvolver políticas públicas integradas, no sentido de interligar programas e setores governamentais na oferta de serviços a fim de solucionar problemas sociais. Argumenta-se que determinada política pública ou ação afirmativa, quando implementada de forma isolada, não é consistente, porque as necessidades sociais são sistêmicas e envolvem vários aspectos. Por exemplo, uma política de moradia pública não se constitui apenas de habitações para a população, mas de um conjunto de ações que incluem, dentre outros, infraestrutura, saneamento básico, posto de saúde e transporte público.

Entretanto, segundo Wu *et al.* (2014), o processo das políticas públicas, em determinadas ocasiões, apresenta-se irracional, inconsistente e com falta de coordenação, devido à sua fragmentação, o que compromete a atuação do gestor público, e conseqüentemente, os resultados esperados. Para Nascimento (2010), vários problemas e desafios se relacionam à superação da fragmentação e à articulação das políticas públicas, sobretudo se considerarmos a cultura clientelista e localista que ainda vigora na Administração Pública.

Em nível de município, por exemplo, o governo é estruturado em secretarias – saúde, educação, infraestrutura, desenvolvimento social -, nas quais se desenvolvem as políticas temáticas. Porém, ao atuarem isoladamente, são levados a não compreenderem como outras secretarias e suas políticas possam influenciar suas decisões, além de não permitir a otimização de recursos.

Em seus estudos, Guimarães (2010) analisou que devido ao caráter descontínuo e fragmentado das políticas de educação para adultos em Portugal, os resultados mostraram uma dificuldade de construir um perfil de profissionais, que não se permitia reconhecer os profissionais egressos dos programas, além dos dilemas relacionados à formação contínua dessas pessoas. Esse caso demonstra que em qualquer área a fragmentação das políticas tende a resultados não substanciais.

Diversas situações demonstram a fragilidade das políticas fragmentadas (WU *et al.*, 2014):

- Políticas públicas ineficazes, porém populares, despertam a atenção dos formuladores de políticas, enquanto muitas políticas necessárias, porém impopulares, encontram uma grande resistência;
- A criação de políticas públicas é impulsionada por crises, enquanto as políticas para evitar crises em primeiro lugar são subvalorizadas;
- Falhas em políticas públicas levam a mudanças na liderança política, mas as principais causas das falhas permanecem inadequadamente abordadas;
- Os efeitos das políticas públicas defendidas por determinado órgão governamental podem ser minados por estratégias empregadas por outro órgão, deliberadamente ou não;
- Políticas públicas são formuladas a fim de garantir o apoio de grupos politicamente poderosos em detrimento dos interesses públicos de longo prazo, pouco representados no sistema político;
- Discordâncias entre os diferentes níveis de governo levam a políticas públicas contraditórias, que são mutuamente destrutivas;
- Políticas públicas implementadas por burocratas de nível de rua desviam consideravelmente do que foi previsto na fase de formulação;
- A avaliação de políticas públicas é raramente utilizada para a maioria das decisões e, quando feita, é motivada por exigências processuais ou considerações políticas estreitas.

Nota-se a complexidade do universo das políticas públicas, constituindo-se de diferentes e diversos elementos, muitas vezes com objetivos conflitantes que dificultam os resultados das políticas. Situações como uso eleitoral, avaliações inadequadas e ações paliativas das políticas públicas configuram obstáculos à Administração Pública que deve primar pela qualidade dos serviços públicos. Nascimento (2010) acrescenta ainda os seguintes aspectos:

- Há uma hierarquia de poder no âmbito das políticas públicas em que se destacam as políticas macroeconômicas;
- Há divergência e interferência econômica no interior da formulação das políticas setoriais, que trazem à tona os interesses e a forma de conduzir tal e qual política conforme os parâmetros daqueles que detêm a decisão final;

- No âmbito das políticas são comuns os interesses individuais se sobreporem aos interesses coletivos. Nessa situação emerge o papel dos partidos políticos, dos movimentos sociais, conselheiros de direitos e a própria sociedade que elege seus representantes;
- A gestão administrativa das políticas públicas envolve todos os entes federados.

A articulação interfederativa (União, Estados e Municípios) no desenvolvimento e gestão das políticas públicas pode contribuir com sua integração à medida que define conjuntamente, ou ao menos um dos entes indica as diretrizes de ação estratégica. A integração pode eliminar, ou ao menos atenuar a sobreposição de um órgão em relação aos demais e dos interesses pessoais em relação aos individuais.

Nessa perspectiva, é relevante a promoção da intersetorialidade das políticas públicas, que para Zunzunegui e Béland (2010), consiste na união de esforços para conseguir os melhores resultados, em contraposição aos que trabalham de forma isolada. Por outro lado, os autores afirmam que o número de partes interessadas e a demanda por muitos recursos aumentam a dificuldade na realização de ações intersetoriais. Magalhães e Bodstein (2009) compartilham dessa análise ao discorrer que as principais dificuldades em implementar ações e atividades intersetoriais decorrem do fato que a maioria dos representantes setoriais traz para as distintas arenas de negociação uma agenda previamente definida.

A intersetorialidade se constitui a partir da organização horizontal de políticas e programas, permitindo a integração entre eles. Porém, sua concretude ocorre em graus diferentes nas políticas, variando em que medida de fatos os temas estão articulados ou ocorrendo apenas justaposição de políticas. Na experiência brasileira, a intersetorialidade ocorre de forma diversa, sendo que em alguns casos se materializa no processo de formulação, em outros no processo de implementação, e também em situações como a de monitoramento conjunto de diferentes ações relacionadas a um mesmo tema, território ou população. Não obstante, a mesma é tanto mais efetiva quanto mais a integração for pensada em todas as etapas do desenvolvimento das políticas públicas (LOTTA e FAVARETO, 2016).

A promoção de políticas públicas integradas, especialmente as sociais, significa superar a setorização e especialização, além da fragmentação institucional

ao coordenar ações de diversas secretarias e órgãos, cujas ações até então eram segmentadas ou justapostas, implicando na perda de eficiência e efetividades das políticas (FARAH, 2001). Para Soares *et al.* (2013), a intersetorialidade se coloca como alternativa no campo da gestão das políticas sociais, ajustando-as à natureza estrutural em que se apresentam os problemas sociais na realidade e, assim, estabelecendo diretrizes a fim de que a população possa ser atendida integralmente conforme suas necessidades. Segundo Mafra e Naves (2009), essa é uma alternativa, tanto para a maior eficiência na aplicação dos recursos como na construção de políticas públicas, superando a lógica da fragmentação.

Na concepção de Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012), a intersetorialidade busca estabelecer parcerias entre diferentes instituições de modo a trabalharem conjuntamente para o alcance de metas e objetivos comuns, tentando estabelecer vínculos que superem a fragmentação e a especialização das políticas públicas. Autores como Akerman *et al.* (2014) apontam, entretanto, a necessidade de se construir uma agenda de pesquisa capaz de oferecer aportes teóricos para a que a ação intersetorial não se limite a um experimento na gestão pública e possa se constituir em uma *práxis* de governo.

Segundo Nascimento (2010), a intersetorialidade passou a ser um dos requisitos primordiais na formulação e execução das políticas, buscando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil. Além disso, a articulação de saberes técnicos, decorrentes de especialistas de determinadas áreas, pode integrar agendas coletivas e compartilhar objetivos comuns. Numa sociedade com múltiplas características socioeconômicas e demográficas, que demanda diversos serviços, os gestores públicos são desafiados a otimizar recursos e estruturas e compreender a visão sistêmica que envolve suas decisões públicas.

Dentre essas características, no contexto do envelhecimento populacional, as políticas fragmentadas podem agravar a problemática em torno dos serviços essenciais a essa população, como saúde, moradia e integração social. As políticas e programas, para que promovam resultados efetivos, dependem da atuação de vários órgãos administrativos, agentes públicos e gestores de políticas públicas, bem como de integração com outros programas. Os objetivos e processos das políticas e programas precisam de alguma forma, serem complementares e sinérgicos. Além

disso, a continuidade das políticas, mesmo após mudanças de governo, se faz necessária.

Para Wu *et al.* (2014, p. 141-142), a integração de políticas públicas serve para inúmeros propósitos desejáveis:

Primeiro, ela garante que as políticas sejam pelo menos minimamente consistentes – e idealmente sinérgicas – com cada um dos principais objetivos de políticas da sociedade. Segundo, ela leva em conta oportunidades de identificação de políticas inovadoras que se valem de possíveis sinergias entre as principais metas. Terceiro, ela oferece oportunidades de identificar quaisquer permutas necessárias entre os objetivos e de propor medidas corretivas. E, finalmente, os esforços voltados para políticas de integração aumentam a transparência e responsabilidade nas atitudes de diferentes atores em relação a objetivos diferentes.

Dessa forma, realizar um projeto articulado das políticas sociais demanda mudanças de cultura organizacional das instituições públicas gestoras das políticas públicas, como suas práticas, padrões, valores e princípios, ou ainda a incorporação de organização autônoma voltada aos interesses coletivos capazes de proporcionar maior eficiência, eficácia e efetividade à gestão das políticas (NASCIMENTO, 2010). Conceber políticas públicas integradas é partir de conceitos comuns, estabelecendo prioridades de ações conjuntas e convergentes para um sistema abrangente e articulado, envolvendo pelo menos dois setores, dentre eles o caso do turismo e cultura (GANDARA *et al.*, 2006).

Na área de saúde, Hendaiks *et al.* (2014) propõem duas características de uma política integrada: (1) a combinação de políticas que permitem adequadas intervenções no comportamento da população-alvo, garantindo assim que a motivação, capacidade e oportunidades de interação levem a determinados comportamentos de promoção de saúde; (2) as políticas devem ser implementadas pelos setores relevantes de diferentes domínios da política, ou seja, a ocorrência da colaboração intersetorial.

No entanto, avaliar os resultados de políticas de saúde pública integrada é dificultado pela multiplicidade de temas e conceitos e complexidade (TUBBING, HARTING e STRONKS, 2015). Vários aspectos estão ligados à avaliação de programas e iniciativas que articulam propostas intersetoriais, como as redes de mobilização social, perfil dos atores envolvidos, tipos de incentivos e níveis de integração institucional (MAGALHÃES e BODSTEIN, 2009).

Já Reis (2005) propõe uma integração articulada de políticas públicas com a finalidade de tornar mais eficiente e eficaz os resultados dos programas

implantados, eliminar a superposição de ações e orientar maior grau de articulação entre os órgãos executores, tornar mais transparente e organizado para o usuário a oferta de bens e serviços que os programas disponibilizam. Para isso, é essencial conceder à política social pública um papel de transversalidade, com o objetivo de harmonizar o acesso a direitos sociais. Por exemplo, não será eficaz a concessão de saúde pública, se não for convergente com a política de habitação pública. Para o autor, uma política pública de combate à exclusão social deve criar uma ação de transversalidade que seria comandada pela assistência social, incluindo as áreas de saúde, habitação, educação, emprego e renda, previdência, cultura e lazer.

Encontram-se na literatura exemplos de políticas integradas e de colaboração intersetorial. No Sul da Austrália, Lawless *et al.* (2012) identificaram que há muito tempo existem as ações interssetoriais, a fim de levar o tema Saúde para todas as políticas, incorporando a preocupação com os impactos na saúde no processo de decisão política. Em outras palavras, a saúde torna-se um problema na agenda de todos os setores da sociedade e do governo.

Zunzunegui e Béland (2010) estudaram a ação interssetorial no desenvolvimento de políticas públicas que oportunizam o envelhecimento ativo na Espanha, país em que o envelhecimento populacional é muito acentuado, com a expectativa de vida chegando aos 84,1 anos para as mulheres e 77,8 anos para os homens. Foram identificadas barreiras e condições facilitadoras para a ação interssetorial. Dentre os obstáculos estão as desigualdades econômicas inter e intra-comunidades autônomas, pobreza na velhice, desproteção nas áreas rurais, fragilidades dos serviços sociais e falta de condições de trabalho e emprego para o idoso. Quanto às condições favoráveis incluem a legislação e pactos sociais, redes de proteção social, parceria e participação social do idoso.

No setor de saúde no Brasil, Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012) verificaram que a interssetorialidade tem o potencial de revitalizar políticas e de propor um diálogo e ações complementares entre setores diversos, sem desconsiderar a necessidade de integrar ações dentro de cada setor. No entanto, evidenciaram alguns problemas que comprometem tais ações, como o despreparo político e técnico de gestores e profissionais de saúde para atuar de forma interssetorial e questões de natureza administrativa que impedem ou dificultam a execução integrada de ações.

No Estado da Bahia, Nobre (2003) analisou a intersectorialidade no programa PETI (Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil), constatando a existência de um objetivo comum, processo participativo de planejamento e definição de atribuições em setores como saúde, trabalho e educação. Porém, houve diferenças no envolvimento e adesão de instituições e entidades participantes do programa. De todo modo, há uma necessidade de tornar o trabalho infantil um objeto de saúde coletiva e de qualificação das práticas de planejamento intersectorial, espaço de poder compartilhado e ações de diversas organizações.

A compreensão das políticas adotadas perpassa a análise do processo democrático e municipalização ocorrida a partir de 1988 no Brasil, garantindo maior autonomia aos municípios no desenvolvimento das políticas públicas e maior poder a comunidade local.

2.1.3 Descentralização e Municipalização de Políticas Públicas no Brasil

A partir da redemocratização brasileira, iniciada em 1985, e a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve mudanças na estruturação e no planejamento e execução de políticas públicas, com tendências a maior participação e empoderamento social, à descentralização e municipalização.

Com a saída dos militares do poder, surge uma pluralidade de novos atores sociais decorrentes de novas formas de associativismos, fixando suas metas de lutas e conquistas na sociedade política, especialmente nas políticas públicas. A cidadania dos anos 1990 foi incorporada nos discursos oficiais e ressignificada, na direção próxima à ideia de participação civil, de exercício da civilidade, de responsabilidade social dos cidadãos, com seus direitos e deveres. Os deveres envolvem a tentativa de responsabilização dos cidadãos em arenas públicas, por meio das parcerias nas políticas sociais governamentais (GOHN, 2004).

Nesse cenário emerge o empoderamento social, com maior participação da comunidade (DENHARDT e DENHARDT, 2003). Sobre o assunto, Gohn (2004) destaca a capacidade de gerar processos de desenvolvimento autossustentável mediante a ação de agentes externos, como educadores sociais, que são atores fundamentais na organização e o desenvolvimento dos projetos. Refere-se também aos processos de mobilizações e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades, propiciando seu crescimento, autonomia e melhoria gradual e progressiva de suas vidas. Finalmente, consiste nas ações destinadas a promover

a inclusão social, especialmente de indivíduos e grupos carentes de bens elementares à sobrevivência, serviços públicos e atenção social.

Essa mudança de paradigma propiciou olhar de forma diferente cada realidade local, com suas características sociais, demográficas, culturais, políticas, econômicas e institucionais. Analisar as especificidades de cada localidade para assim desenvolver políticas públicas capazes de envolver os principais beneficiários (público-alvo), grupos sociais, políticos e econômicos no processo, desencadeando a descentralização nesse campo.

A descentralização constitui-se pelo processo de difusão de políticas públicas no nível local de governo (FARAH, 2008), o qual ocorre transferência de responsabilidades, recursos ou autoridades de níveis elevados do governo para níveis inferiores (FREITAS, FREITAS e DIAS, 2012). É compreendida como a movimentação de autoridade dos governos centrais para os governos locais. Na visão de Andrade (2006), a descentralização e a participação social se caracterizam pelo nítido compartilhamento de poder entre esferas de governo e a sociedade, possibilitando novos rumos à governabilidade em direção ao desenvolvimento e à equidade social.

Entretanto, a descentralização não significa que outras esferas, como a União e Estados, se isentem no desenvolvimento das políticas públicas. Por exemplo, nos programas sociais desenvolvidos para atender os idosos, as ações locais estão alinhadas às diretrizes da União, como as definidas pelo Estatuto do Idoso, de 2003, e a Política Nacional do Idoso, de 1994.

Para Almeida e Carneiro (2003), a descentralização assumiu significados e conteúdos distintos, de acordo com cada política formulada, distribuição de competências e controle dos recursos entre os três níveis de governo (União, Estados e Municípios). Desse modo, pode significar transferência parcial ou total de responsabilidades e competências do Governo Federal para os Estados ou Municípios, bem como dos Estados para os Municípios. Também pode significar a mudança de funções entre níveis de governo, ou de um nível de governo para outras instituições públicas ou privadas. Por exemplo, do governo estadual para as escolas, ou do governo para organizações sociais, assistenciais e cooperativas, como vem ocorrendo em alguns municípios brasileiros, em que a administração de hospitais públicos é transferida para organizações sociais.

Segundo Palotti (2009), a descentralização entre níveis de governo no Brasil teve início a partir do momento que ocorre a distribuição e responsabilidade de implementação e gestão entre os entes federados na área de políticas sociais. Análise similar é apresentada por Borges (2010), ao afirmar que a democracia brasileira vem se caracterizando por um federalismo descentralizado que concede papel importante aos atores e instituições subnacionais na formulação e implementação de políticas públicas.

As relações entre os entes na federação brasileira sejam do Governo Federal com os Estados e municípios, sejam dos governos estaduais com seus respectivos municípios, são caracterizadas pela independência e autonomia. Em tese, as garantias constitucionais permitem que os governos locais estabeleçam sua própria agenda na constituição de políticas sociais (ARRETICHE, 2004). O planejamento e execução locais são importantes, também, em função do tempo de resposta que o setor público deve dar à comunidade por meio das políticas públicas.

No Brasil, a reforma institucional, efetuada após a Constituição Federal de 1988, definiu os municípios como entes federativos. Desde então, as instituições de governo local passaram por profundas transformações, assumindo maior autonomia e responsabilidades na gestão e execução de políticas públicas (PINHO e SACRAMENTO, 2009). Segundo Almeida e Carneiro (2003), a política local passa a ser valorizada no processo de redemocratização do Brasil nos anos 1980, algo que se alinhava à maioria das democracias ocidentais (SHARPE, 1988), em que o processo de descentralização já estava difundido.

Para Arretche (1999), no Brasil pós-1988, a autoridade política de cada nível de governo é soberana e independente das demais, permitindo que cada ente federativo assuma funções de gestão de políticas públicas, ou por sua própria iniciativa ou por adesão de algum programa proposto por outro nível mais abrangente de governo, ou ainda por expressa imposição constitucional. Pinho e Sacramento (2009) ressaltam que, por meio desse processo de transferência, se alcance o aprofundamento da democracia brasileira, a aproximação do cidadão das instâncias decisórias, o desenvolvimento de políticas públicas mais eficientes e eficazes, e a viabilização de transparência dos governos.

No entanto, é importante que se avalie as diferenças existentes entre as regiões, estados e municípios brasileiros, para uma avaliação mais acurada dos resultados da descentralização. Nesse sentido, segundo Arretche (2010), ao incluir

as desigualdades territoriais, bem como as relações entre a União e os governos subnacionais nos leva a uma interpretação mais precisa acerca das motivações para a adoção da fórmula federativa no Brasil e de seus resultados.

A adoção do governo local ou territorial, em uma conjuntura democrática, tem como finalidade básica o atendimento à sociedade, com a participação desta na definição dos serviços e políticas públicas, e em outras circunstâncias, até no processo de execução. Relevante considerar ainda que os objetivos e resultados dependam também das características locais. De todo modo, com base nos estudos de Esteve (2009), há três grandes funções ou dimensões básicas da ação de qualquer governo territorial em relação à sociedade:

- **Função legal e normativa:** regula a atividade da sociedade civil, mas também política, por exemplo, cumpre a uma norma urbanística, de ordenamento do uso do solo, de vigilância sanitária, de mobilidade, dentre outros. O cumprimento dessas normas necessita, além dos órgãos jurídico, administrativo e de fiscalização, de alguns serviços de polícia municipal, limpeza e coleta de lixo;
- **Função provedora e gestora (direta ou indireta):** oferece serviços à comunidade, como os sociais, desportivos, culturais, educacionais, de saúde, promoção do emprego e desenvolvimento econômico, dentre outros. São recursos e serviços, não apenas associados ao desempenho da sua competência e função reguladora, e destinados a gerar proteção e bem estar público;
- **Função relacional:** inclui todas as atividades relacionadas à participação cidadã, aos acordos de cooperação com a sociedade civil e também com outras administrações. Esta função abrange consulta, diálogo, participação, parceria e cooperação com a sociedade, mas também com outras instituições, sejam elas nacionais ou internacionais.

Uma série de fatos ocorridos no Brasil desencadeou as mudanças no âmbito da gestão pública, sobretudo, em relação às políticas públicas. Segundo Goulart *et al.* (2010), o final dos anos 1980 foi marcado pela ascensão da ideologia neoliberal e uniu o discurso da redemocratização no campo da política ao da redução dos gastos públicos para resolver a crise fiscal e inflacionária, o que justificou a não priorização das reivindicações sociais. Nesse contexto, o aspecto local passou a fazer parte de pesquisadores e formuladores de políticas no Brasil.

Ainda na década de 1980, a crise da dívida externa e a interrupção de um longo ciclo de crescimento econômico aprofundaram as desigualdades sociais presentes na realidade do país. As reformas estruturais empreendidas nos anos 1990, tais como abertura comercial e integração, reforma do Estado e desestatização, alargaram ainda mais essas assimetrias na medida em que aumentaram o desemprego e o emprego precário, impactando na redução dos salários reais. A conjuntura econômica desfavorável provocou um crescimento da demanda por ações e serviços sociais, especialmente os de natureza compensatória (COSTA e CASTANHAR, 2003).

Nos anos 1990, acrescentam-se à agenda democrática, elementos como eficiência, eficácia e efetividade para avaliar as políticas públicas, bem como escalas de regionalização, a fim de definir programas governamentais mais adequados às especificidades de cada segmento do espaço regional (GOULART *et al.*, 2010). Nesse período, a tendência à descentralização impôs-se em todas as áreas da política social, com exceção das áreas da previdência e ciência e tecnologia, que continuaram sob a responsabilidade federal (ALMEIDA e CARNEIRO, 2003).

Sob outra ótica, Palotti (2009) enfatiza que a reforma do Estado ocorrida em diversos países no início da década de 1990 consistiu na adoção de estratégia de descentralização, entendida sob aspectos como a readequação de atuação do papel do Estado na promoção do desenvolvimento econômico e social, a função de regular sua promoção pelo mercado e parceria com a sociedade civil organizada. Esteve (2009) acrescenta que a eficácia e legitimidade dos governos democráticos baseiam-se cada vez mais na qualidade da interação entre eles e as organizações empresariais e sociais e da boa gestão das relações entre os diferentes níveis de governo.

Porém, a existência de um marco legal para a criação de mecanismos que possibilitem o exercício político do Estado pelos cidadãos ganha reforço e concretização à medida que a sociedade estiver consciente de seu papel e os esforços forem mobilizados e utilizados para tal finalidade (PINHO e SACRAMENTO, 2009). A legalidade estabelecida para as decisões em âmbito municipal foi o fato relevante para ampliação de políticas públicas, sobretudo, diante do tamanho do território brasileiro, das diferenças macrorregionais e municipais, em termos econômicos, políticos, sociais e culturais, e das demandas que caracterizam as especificidades de cada localidade.

Para Souza (2004), apesar da existência de heterogeneidade entre os municípios brasileiros, evidências empíricas mostram que os governos locais vêm substituindo o governo federal em algumas funções, como saúde e educação. No entanto, outras se encontram em uma espécie de vácuo governamental, seja devido a políticas econômicas de ajuste fiscal, seja porque o desenho da política a ser municipalizada não contemplou incentivos capazes de estimular a adesão dos municípios.

A relevância da localidade no que se refere à gestão pública se dá pela proximidade do governo local com as relações estabelecidas entre os atores no território, o que pode gerir melhor a complexidade social. Porém, alerta Esteve (2009), isso não significa que venha a ocorrer, embora existam as condições para que haja um incremento do papel dos governos locais. Se vão conseguir ou não, vai depender de sua ação prévia, de que sejam capazes de abrir espaços como organizadores da coletividade, e dos êxitos que alcancem no desenvolvimento humano nos territórios.

Em um estudo sobre descentralização de serviços sociais como saneamento, habitação, saneamento e saúde em seis Estados brasileiros, Arretche (1999) constatou uma expressiva variação do grau de descentralização por cada uma destas políticas entre os estados analisados. Para a autora, no Estado federativo brasileiro pós-1988, em que os estados e municípios passaram a ser, de fato, politicamente autônomos, é importante que os governos interessados em transferir atribuições relativas à gestão de políticas públicas no âmbito local, desenvolvam estratégias bem-sucedidas para obter a adesão dos governos locais.

Observa-se que o processo de descentralização é uma experiência ainda recente na estrutura administrativa e governamental no Brasil, marcada por assimetrias municipais e adesões em graus diferentes, seja em torno da área ou da localidade/município.

A agenda local, como espaço relevante no desenvolvimento de políticas públicas, é influenciada por um conjunto de fatores (FARAH, 2008):

- Estruturais, tais como a globalização e a crise fiscal, os quais estabelecem novos desafios aos governos subnacionais, como geração de emprego e renda e desenvolvimento local;

- Influência de agências externas, sobretudo de agências de financiamento, as quais avaliam temas como variável ambiental e questão de gênero pelas ações governamentais, na definição de financiamento às agendas locais;
- Redefinição de atribuições dos municípios no quadro do federalismo brasileiro, pós-1988, o qual a agenda local sofreu fortemente o impacto dessa redefinição, e a problemática social adquirindo maior relevância;
- Influência de atores sociais e políticos, como políticos, burocratas, especialistas e movimentos sociais de cada localidade, no processo de construção da agenda e da formulação de políticas públicas locais.

Além disso, a descentralização é caracterizada por expressivas desigualdades de natureza econômica, social, política e de capacidade administrativa de seus governos. Assim, atributos estruturais das unidades locais de governo, como a capacidade fiscal e administrativa e a cultura local cívica, têm um peso determinante para a descentralização. Porém, estes fatores não são determinantes em si, pois seu peso e importância variam de acordo com requisitos institucionais postos pelas políticas a serem assumidas pelos governos locais. Incluem-se, nesta abordagem, o legado das políticas prévias, as regras constitucionais e a engenharia operacional de cada política pública. De todo modo, deve-se desenhar estratégias eficientes de indução para delegar a outro nível de governo a responsabilidade pela gestão destas políticas (ARRETCHE, 1999).

A análise do papel desempenhado pelos governos locais diante da gestão de políticas públicas torna-se complexa à medida que existe grande diversidade entre os municípios brasileiros, dificultando uma definição de padrões de gestão local. No entanto, segundo Souza (2004), pode-se arriscar propor uma “tipologia” de gestão das cidades após a redemocratização, baseada em três “paradigmas”:

- O primeiro reflete a busca de eficiência na provisão dos serviços públicos locais e os resultados das políticas públicas assumem relevância diante do processo de intermediação de interesses ou de cooperação entre grupos sociais distintos;
- O segundo tem como ênfase o estímulo às políticas participativas, na linha do autogoverno, particularmente em questões que envolvem a alocação de recursos orçamentários.

- O terceiro apresenta instituições políticas locais ainda frágeis, dando espaço para políticas locais pouco universais e para formas de gestão pouco republicanas.

Nessa linha de raciocínio, destacam-se os três governos-tipos na democracia ou modelos de governo territorial, identificados por Esteve (2009): governo racional ou jurídico, governo provedor e gestor, também chamado protetor, e governo relacional. O *governo racional-legal* tem por finalidade garantir o funcionamento do mercado e a sociedade liberal, tendo como função predominante a normativa e legal. O *governo protetor, provedor ou gestor* tem como objetivo principal a proteção social e o bem estar público, sendo a prestação e gestão de serviços sua função predominante, a qual pode ser realizada diretamente pelo governo ou ser contratada externamente. O *governo relacional* é o governo próprio da sociedade-rede ou sociedade do conhecimento, cuja finalidade é melhorar a capacidade de organização de uma sociedade e gerir as redes sociais para o desenvolvimento humano e sua função estruturante é a relacional.

A falta de padrão de gestão de políticas públicas locais corrobora com a percepção de Arretche (1999), ao afirmar que, nas condições brasileiras, não é suficiente que a União se retire da cena para que, por efeito das novas prerrogativas fiscais e políticas de estados e municípios, estes passem a assumir de modo mais ou menos espontâneo as competências de gestão das políticas públicas. Ressalta ainda que descentralização das políticas sociais não é simplesmente um subproduto da descentralização fiscal, nem das novas disposições constitucionais derivadas da Carta de 1988. Ao contrário, ocorreu nas políticas e nos Estados em que a ação política deliberada operou de modo eficiente.

Essa abordagem sobre descentralização, municipalização e localidade tem sua relevância aprimorada quando se analisam os temas da gestão de territórios, governança pública e arranjos institucionais, revistos na próxima seção.

2.2 Gestão do Território, Governança Pública e Arranjos Institucionais

Esta seção contempla o conteúdo sobre território, gestão do território, desenvolvimento territorial e local; conceitos e preceitos de governança pública, destacando seus desafios contemporâneos; fundamentos conceituais de atores e arranjos institucionais.

2.2.1 Território e Gestão de Território

No Brasil, Souza (2004) alerta sobre o conceito oficial de município focar-se apenas enquanto recorte político administrativo, sem levar em consideração variáveis importantes, a exemplo do tamanho da localidade. Nos aspectos etimológicos e legais, Batista (2012, p. 339) assim define o termo município:

Derivado do latim *municipium*, o município possui personalidade jurídica própria, possuindo capacidade de ser pessoa de direitos e obrigações na ordem jurídica. Como pessoa jurídica de Direito Público Interno e integrante da administração pública direta, ele pode ser entendido como determinada extensão territorial que está sob responsabilidade da prefeitura e que é uma resultante da divisão administrativa de um Estado-membro. O município possui o regime de autonomia administrativa descentralizada, razão pela qual o seu governo e direção refletem a vontade de seus habitantes, os municípios, tendo por finalidade o atendimento dos objetivos locais.

No entanto, a literatura apresenta diversos conceitos ligados à localidade, sendo possível avaliar a sua importância a partir do entendimento da participação social e do desenvolvimento que se busca nesses espaços locais. Pode-se citar, além de espaço, termos como lugar, local, território e região.

Ao estudar experiências de construção da governança local no Brasil e teorias sobre localidade, Spink (2001) define os termos *Local* e *Lugar*, diferenciando-os: o *Local* é visto como parte intrínseca de uma lógica de ordenação de espaço, em uma estrutura hierárquica (local, regional, nacional, global), construído e produzido em um dado processo socioeconômico. Por outro lado, o *Lugar*, embora compartilhe da mesma raiz latina de local (*locus*), é definido como espaço ocupado, de sítio, de uso para determinado fim, no qual seus horizontes e limites são produzidos e disputados pelos seus atores.

O termo Espaço refere-se à totalidade dos lugares, produzido na articulação contraditória entre a globalidade e a especificidade. Território é o espaço apropriado, onde ocorrem relações entre a natureza, a sociedade e o homem, caracterizando-se assim como espaço de ação e poder. Já Região corresponde a uma especificação de uma totalidade de lugar (espaço), que ocorre por meio de uma articulação que é, ao mesmo tempo, funcional e espacial (DALLABRIDA e BECKER, 2008).

No contexto de políticas públicas para o desenvolvimento social local, são apresentadas as diferenças entre os termos Espaço e Território (LLORENS, 2001). O “espaço” quando conceituado como suporte geográfico costuma trazer a ideia de homogeneidade, enquanto o conceito de “território”, amparado na perspectiva de desenvolvimento local e regional, compreende a heterogeneidade e a complexidade

do ambiente real, com suas características específicas e diversidade de situações presentes, além dos atores territoriais socialmente organizados e mobilizados em torno de diversas estratégias e projetos.

Segundo Santos (2009), ao se trabalhar com Território é necessário também considerar seus limites e delimitar quem os integrará ou não. Quando se considera o Lugar, indica-se o caminho do fortalecimento das comunidades locais e a capacidades de as pessoas construir identidade em torno de um espaço. O autor apresenta diferenças entre os significados de território e lugar. Lugar é um território com vida e identidade cultural, enquanto Território pode conter um, vários ou nenhum lugar, assim como não lugares. O Território se relaciona com o poder e o Lugar com a Cultura. O Território é delimitado e o Lugar é identificado. Na área da Saúde, trabalhar sob a perspectiva de território, com suas noções de limites e fronteiras, acaba por gerar espaços encobertos e espaços de omissão do poder público, implicando no afastamento da saúde pública do seu objetivo de universalidade.

A gestão de território implica também em interesses materializados, influências, estratégias e, principalmente, em exercício de poder (ROSSI, 2013), com a finalidade de desenvolver territorialmente o local. Para Oliveira (2014), o poder exercido pelo Estado na organização do território não deve desconsiderar o poder que o território e suas forças sociais podem exercer sobre o Estado. Deve-se pensar território como uma totalidade que expressa mais do que a delimitação do poder público, uma conjugação de interesses contraditórios e de interações sociais.

Uma importante classificação de espaços territoriais funcionais é apresentada por Berdegú *et al.*, (2015) quando se analisa a gestão de territórios: (1) os Territórios Rurais sem a presença de núcleos urbanos; (2) os Territórios Rural-Urbanos caracterizados por um núcleo urbano de tamanho médio e pequeno e um interior rural; (3) os Territórios Metropolitanos formados em torno de grandes cidades. Para os autores, existem vários elementos como diversidade social, diversidade produtiva, investimentos em pesquisa e desenvolvimento de capital humano, por meios dos quais é possível afetar a dinâmica de desenvolvimento econômico e social dos territórios. Nessa pesquisa, considerar-se-á o terceiro tipo para análise da governança pública, a partir de um grande núcleo urbano.

Ao analisar o papel da política pública no contexto da participação social e desenvolvimento local, Cattani e Ferrarini (2010) afirmam que a Territorialidade

supõe a articulação entre políticas, programas e projetos em uma mesma região, buscando o desenvolvimento de potenciais humanos, econômicos, sociais e culturais endógenos. Na concepção de Goulart *et al.* (2010), o desenvolvimento local refere-se a um lugar territorialmente construído, onde os processos se efetivam.

Freitas, Freitas e Dias (2012), ao considerar o desenvolvimento no meio rural, estudaram a relevância da descentralização da gestão pública, compreendendo a dinâmica de participação dos atores sociais na gestão social da política de desenvolvimento territorial. Já Torres e Marques (2004) argumentam que o desenho e as estratégias de implementação de políticas sociais, como as de transferência de renda, devem levar em consideração os territórios onde residem as populações-alvo às quais estas políticas se destinam.

Em um estudo comparativo entre o Estado do Paraná, no Brasil e o Estado de mexicano de Tlaxcala, os autores Sánchez e Gómez (2015) identificaram que a estrutura institucional e de participação de atores nas estratégias de desenvolvimento territorial rural tem um marco legal, mas em ambos os casos ainda é incipiente e não se vislumbra em curto prazo o desejo do governo em mudar esta situação. Para os autores, estas estratégias têm o objetivo de reduzir a pobreza rural por meio da construção de capacidade de participação dos atores locais e de institucionalização de processo decisório nos territórios.

Berdegúe *et al.* (2015) estudaram o desenvolvimento territorial urbano e rural no Chile, Colômbia e México, constatando que centros urbanos desempenham importante papel nos territórios rural-urbanos, em que as características econômicas, sociais, demográficas e culturais da zona rural ainda mantêm um peso importante. Entretanto, houve maior redução de pobreza em territórios de grandes metrópoles. Em linhas gerais, uma cidade contribui para o desenvolvimento de um território, principalmente por meios de mecanismos associados aos processos endógenos favorecendo uma diversidade de ideias, fluxos de informações e conhecimento, e também por meio de acesso a serviços de maior especialização.

Dessa forma, o desenvolvimento territorial requer uma sistemática e articulada ação coletiva, constituída por instituições, órgãos governamentais e políticas públicas específicas, além dos aspectos culturais (materiais e imateriais) que conferem identidade à comunidade local, sociais (associações, cooperativas) e naturais, como clima e relevo (FINATTO e LENZ, 2012). O desenvolvimento territorial consiste em um fenômeno complexo e multidimensional, envolvendo a

interação geográfica e institucional, além de mecanismos e fatores econômicos (MODREGO e BERDEGUÉ, 2015).

Entretanto, Brandão (2004) alerta que qualquer diagnóstico local, regional ou nacional deveria explicitar os conflitos e compromissos postos; posicionar a região ou a cidade em seu contexto microrregional, mesorregional, estadual e nacional; identificar suas articulações de complementaridade econômica; e analisar sua inserção nos diversos processos econômicos que compõem o território com os quais se relaciona conjuntural e estruturalmente.

É possível deduzir pelos conceitos apresentados que o território se destaca na conjuntura das políticas públicas, na medida em que ocorre a apropriação do espaço por agentes políticos e sociais e as relações de poder decorrentes da ocupação, além das relações da sociedade com a natureza presente. Mesmo analisando um município, uma localidade específica, não se pode negligenciar ou desconsiderar o espaço e território, onde ocorrem relações de natureza social, cultural, econômica e política.

Para Cattani e Ferrarini (2010), a política pública pode ser um efetivo instrumento na construção de um desenvolvimento sustentável e inclusivo, tendo como critérios e diretrizes a participação da população em todas as etapas do ciclo das políticas públicas, a territorialidade e a intersectorialidade. Reforçam ainda que nenhuma política setorial sozinha consegue atingir resultados abrangentes e sustentáveis diante de uma realidade marcada por fragmentação social, programas inadequados para a comunidade local e pela falta de articulação local com entidades da sociedade civil.

A construção de políticas públicas para o desenvolvimento local apresenta pressupostos para sua efetivação. Nessa linha, Goulart *et al.* (2010) enfatizam que para formular e implementar políticas públicas voltadas ao desenvolvimento tenham impactos mais substantivos, é preciso adotar uma metodologia capaz de identificar as carências, necessidades, especificidades e potencialidades de cada macrorregião, e assim subdividi-las de acordo com critério sociais, econômicos, culturais e naturais; considerar uma abordagem multidimensional e transversal do desenvolvimento, que se efetivará com ações públicas integradas nos três níveis federativos; e respeitar a integridade de cada um dos múltiplos territórios que constituem o país.

Observa-se que o desenvolvimento territorial não depende apenas de decisões políticas no âmbito do município, mas do papel político que é efetivamente desempenhado por diversos agentes políticos, sociais e econômicos. Assim, é importante analisar a região específica onde se insere o município, seja a microrregião, mesorregião ou qualquer outra forma de configuração.

Para Martins, Vaz e Caldas (2010), o desenvolvimento local requer a articulação de atores e instrumentos. No caso dos instrumentos, a articulação objetiva desenvolver uma visão intersetorial e integradora nas políticas públicas, demandando assim novos padrões de governança. Em relação aos atores, a articulação envolve os processos políticos e sociais que coexistem e determinam o conteúdo das políticas e iniciativas.

O desenvolvimento local/regional, como colocam Dallabrida e Becker (2008), significa então um processo capaz de estimular as potencialidades e contribuir para a superação dos seus desafios, mediante a promoção de atores/agentes regionais à condição de sujeitos atuantes e participantes desse desenvolvimento.

Em síntese, o território envolve não apenas os atores políticos definidos na concepção de espaço geográfico, administrativamente delimitado. Segundo Llorens (2001), incluem os gestores públicos, os atores empresariais privados e a sociedade civil. A abordagem dos atores será detalhada na próxima subseção.

2.2.2 Governança Pública e seus Desafios Contemporâneos

Segundo Freitas, Freitas e Dias (2012), em função dos processos de descentralização e municipalização ocorridos a partir do final dos anos 1980, na gestão pública, sobretudo nas esferas das políticas sociais, houve melhorias nos mecanismos de controle sobre o governo e criação de espaços de participação e governança. Pinho e Sacramento (2009) ressaltam que uma nova Constituição Federal foi promulgada, ocorrendo a redemocratização no país, e reformas administrativas e estruturais foram implementadas no decorrer da década de 1990, com a finalidade de tornar a gestão pública eficiente.

Na visão de Souza (2004) a Constituição de 1988 criou os mecanismos de participação das comunidades locais em alguns fóruns decisórios e no controle dos resultados das políticas públicas locais, atribuindo poder à comunidade, além de promover transparência dos gestores públicos por meio da governança. Em termos práticos, muitos governos locais colocaram em prática várias experiências

participativas, como os conselhos municipais setoriais, participação na gestão e fiscalização de políticas públicas e incorporação de segmentos antes marginalizados no processo decisório na alocação de parte dos recursos orçamentários locais, o denominado Orçamento Participativo.

Tem-se, ainda, a rede política (*policy network*) que está emergindo como nova forma de descentralização, considerada um marco da governança contemporânea. As novas estratégias possibilitam ações colaborativas entre diversos agentes e atores, desenvolvem estruturas mais homogêneas orientadas por transparência, capacidade de resposta, consenso, equidade, inclusão e responsabilidade e permitem que as capacidades do território local sejam adequadamente consideradas (TRIANA e SAYAGO, 2013).

As mudanças ocorridas na gestão pública brasileira ao longo das últimas três décadas tiveram impacto na forma como o governo toma decisões, presta serviços à sociedade e se responsabiliza pelo território que administra. Nessa conjuntura, a governança se apresenta como um processo fundamental para a transformação das políticas públicas. Para isso, é importante compreender seu significado e como vem sendo abordada na literatura.

2.2.2.1 Conceitos e Estudos sobre Governança Pública

Desde a década de 1990, estudiosos de todo o mundo destacam algumas características essenciais sobre o tema da governança pública: o seu corpo principal não se limita ao governo e setor público, mas também inclui outras instituições públicas e atores sociais; respeita a diversidade de assuntos, métodos, conteúdos e ferramentas; depende da cooperação e confiança dos envolvidos; a governança pública se materializa por meio da consulta mútua e negociação permanente entre governo, organizações sociais e setor privado (RUNYA, QIGUI e WEI, 2015). A governança, fundamentalmente, consiste na interação entre agentes públicos e privados na tomada de decisão para resolver problemas de amplo alcance social (EHRLER, 2012).

Matias-Pereira (2010) define governança como a aquisição e distribuição de poder na sociedade, e governança corporativa a forma como as corporações são administradas. Ainda segundo Matias-Pereira (2007), governança significa a capacidade que determinado governo tem para formular e implementar as suas políticas. Para Bresser-Pereira (1997) há governança em um Estado quando seu

governo tem as condições financeiras e administrativas para executar as decisões tomadas.

Governança pública refere-se a elementos estruturais, como gestão, responsabilidade, transparência e legalidade no setor público (KISSLER e HEIDEMANN, 2006). Para estes autores, em relação à esfera local, a governança ocorre quando as cidades se fortalecem com a cooperação dos cidadãos, empresas e entidades sem fins lucrativos na condução de suas diretrizes e ações mais estratégicas. Esta cooperação engloba o conjunto de atores públicos, comunitários e privados, além das transferências de serviços para grupos privados e comunitários.

A literatura também traz o conceito de Nova Governança Pública, diferenciando-o de Governança Pública (RUNYA, QIGUI e WEI, 2015). Enquanto Governança Pública centrou-se nas boas práticas de alocação e gestão dos recursos públicos, a Nova Governança Pública analisa os efeitos do pensamento coletivo, a diversidade de políticas públicas e a pluralidade do sistema aberto, marcado pelas relações entre o ambiente interno e as organizações externas.

A nova governança pública deve refletir as mudanças impostas à Administração Pública, no cumprimento da sua responsabilidade no desenvolvimento da sociedade, e a inter-relação entre governo, mercado e organizações sociais e privadas. São seis as características da nova governança pública (RUNYA, QIGUI e WEI, 2015):

- Em primeiro lugar, além do governo e o mercado, outras organizações da sociedade também têm o direito de participar na gestão dos assuntos públicos e, ao mesmo tempo, de participar das decisões para solucionar problemas comuns.
- Em segundo lugar, na formulação e implementação de políticas públicas há uma coordenação de interesses sociais, no qual se constrói uma plataforma de diálogo e a utilização compartilhada de recursos públicos. Os administradores públicos e a sociedade negociam e tentam chegar a um consenso para resolver complexos problemas sociais.
- Em terceiro lugar, a NGP integra governo, mercado, organizações sociais, organizações públicas, sociedade, comunidade e indivíduos para formar uma complexa rede interativa e formada por recursos interdependentes. Cada membro é limitado por regras formais e informais e a interação entre eles faz com que toda a rede permaneça relativamente estável.

- Em quarto lugar, a rede de governo é baseada no recurso de troca, no qual se introduz um mecanismo de partilha na gestão pública, a fim de satisfazer as necessidades de diferentes cidadãos e temas de interesse.
- Em quinto lugar, a rede de governança se baseia em um contrato especial e depende da confiança do estatuto e reputação dos membros. Isto faz com que a rede seja mais flexível e adaptável às circunstâncias.
- Por fim, em sexto lugar, dá-se mais atenção para o resultado do setor público, no que se refere aos serviços públicos destinados ao cidadão. Enfatiza-se o papel de mercado no fornecimento de bens e serviços públicos. A essência da administração pública é o exercício do interesse público, prestando serviços aos cidadãos.

Os conceitos apresentados mostram que a governança conjuga elementos internos, como condições financeiras e administrativas do Governo, e elementos externos, como maior poder da sociedade e cooperação de outros atores externos, dentre eles as empresas e organizações sem fins lucrativos. Nesse sentido, está implícita a existência de uma estrutura de governança capaz de unir diversos elementos internos e externos, visando tornar a gestão pública mais eficiente e eficaz, como será visto adiante.

Assim, a governança no setor público tem como objetivo controlar as práticas governamentais no sentido de torná-las transparentes, assim como ocorre no setor privado. Matias-Pereira (2010) discorreu sobre as similitudes existentes na governança das organizações públicas e privadas. Segundo o autor, embora cada um dos setores possua foco específico de ação, observa-se que são comuns entre eles as questões relativas à separação entre propriedade e gestão, aos instrumentos definidores de responsabilidade e poder, ao acompanhamento e incentivo na execução das políticas e objetivos definidos, entre outros. Em linhas gerais, os princípios básicos que norteiam os rumos dos setores públicos são: transparência, equidade, cumprimento das leis, prestação de contas e conduta ética.

A governança é uma forma de governar mais cooperativa, com envolvimento de instituições estatais e não estatais e de atores públicos e privados (MAYNTZ, 2011). O movimento da governança pública pode ser caracterizado como um modelo relacional, porque apresenta uma abordagem diferenciada para explicar a conexão entre o sistema de governo e o ambiente que o circunda (SECCHI, 2009).

Assim, essas análises reforçam a participação de atores sociais nos processos de formulação, implementação e decisão de políticas públicas.

Destacam-se os conceitos apresentados por Esteve (2009, p. 29), um deles voltado para o aspecto local, de cidade:

Governança é uma nova arte de governar que tem na gestão das interdependências entre os atores seu principal instrumento de governo. A governança gere as relações entre os atores para tomar decisões sobre a cidade e desenvolver projetos complexos com a colaboração interinstitucional, público-privada ou envolvimento dos cidadãos. É, portanto, um termo não qualificativo no sentido de que se refere a um mecanismo de gestão governamental. (...) Por governança se entende, em sentido restrito, a aceitação e o cumprimento de regulamentos, processos institucionais e de resolução de conflitos, bem como de políticas do setor público por parte da sociedade civil e, em particular, dos seus principais atores.

Estudos sobre governança são desenvolvidos sob os mais diversos aspectos e áreas do setor público. Fleury *et al.* (2010) analisaram as mudanças decorrentes do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) na governança local no período entre 1996 e 2010. Os autores identificaram a influência de secretários e conselheiros municipais de saúde na elaboração do orçamento, a institucionalização de prática de prestação de contas em virtude da diversidade de atores participantes e dos mecanismos utilizados, e um padrão mais democrático de governança local nas relações estabelecidas entre estado e sociedade.

Também na área de saúde, contemplando o SUS, a pesquisa de Sauerbronn (2014) apresentou uma abordagem que reconhece a coexistência de três abordagens teóricas de governança pública – governança corporativa, governança de redes de políticas públicas e governança global do desenvolvimento -, em uma dimensão público-privada na área e com foco sobre as práticas sociais. Para a autora, ao reforçar a denominação público-privada à governança, procura-se destacar a economia política, que demarca a gestão pública contemporânea, em uma perspectiva mais plural que reconhece a multiplicidade de atores.

Cunha e Souza Neto (2014) avaliaram e classificaram os fatores críticos de sucesso para a atuação dos comitês de Governança de Tecnologia da Informação (GTI) da administração pública federal nos níveis estratégico e diretivo. Os resultados mostraram que fatores como a rigorosa vigilância, monitoração de deficiências e controle de riscos e o reconhecimento, apoio e patrocínio da alta administração, são importantes para os profissionais responsáveis pelo

planejamento, implantação e sustentação da GTI em seus órgãos por meio do emprego das estruturas de comitês.

A governança pública no setor hídrico refere-se ao grupo de atores públicos responsáveis pela concepção, execução e aplicação de uma determinada política regulatória entendida como uma organização com capacidade de supervisionar e coordenar as múltiplas entidades públicas envolvidas nos processos políticos, regulamentares e administrativas (CARLEI, MARRA e POZZI, 2012). Para os autores, a governança pública pode ser avaliada nesse setor com base no número de atividades relacionadas com a coordenação e supervisão, e o grau de centralidade da atividade. O estudo em 44 países constatou que se deve não apenas reconhecer a necessidade de uma governança pública supervisionada e bem coordenada, mas também não subestimar o Índice de Desenvolvimento Humano entre os países.

Sob o ângulo da regionalidade, os pesquisadores Iacovino, Barsanti e Cinquini (2015) analisaram a governança pública na Região Toscana da Itália, que começou a operar de forma autônoma na segunda metade da década de 1970. Existe na Itália um processo contínuo de descentralização, as quais as administrações regionais têm uma atividade multifuncional, porque há muitas áreas de especialização e dois níveis de tomada de decisão simultâneos: um político e um técnico. Os pesquisadores identificaram a governança pública como modelo de gestão, considerando-o como um sistema aberto, caracterizado pela integração e coordenação lógicas, surgido em muitas leis regionais examinadas, como a Lei n. 26/1992, da Toscana Italiana, que regula o ordenamento do território e concentrada nos princípios de participação e transparência.

Em um ensaio teórico, Dias e Cario (2014) discorrem sobre governança no campo da administração pública, no qual o governo vai se envolvendo no processo político de maneira a estar lado a lado com outros atores, na construção das políticas públicas. O novo papel do Estado na relação com a sociedade do século XXI deve resultar na expressão de valores sociais, no atendimento do interesse público e num desenvolvimento para além do aspecto econômico. Dessa forma, pode-se considerar a governança como um modelo de gestão em que o Estado é dependente de outros atores, envolvendo ainda a capacidade do estado em desempenhar papel estratégico para o desenvolvimento social.

O conceito de governança observado nesta tese está alinhado aos preceitos de interação entre os agentes públicos e privados no contexto da tomada de decisão das políticas públicas (EHLER, 2012), responsabilidade, prestação de contas, transparência e legalidade (KISSLER e HEIDEMANN, 2006) e na forma de governar mais cooperativa, articulando instituições públicas e privadas e atores públicos e privados (MAYNTZ, 2011) nas políticas, programas e ações sociais dirigidas aos idosos.

2.2.2.2 Atores Participantes

Na gestão pública contemporânea, além dos elementos tradicionais que articulam seus interesses, representados por lobistas e partidos políticos, outros grupos vêm se apresentando como membros influenciadores das decisões tomadas no setor público, como organismos internacionais e associações e fundações (MATIAS-PEREIRA, 2010). Nesse sentido, destaca-se a importância das contribuições e estímulos de organismos multilaterais e instituições privadas, dentre elas o Banco Mundial, OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) e IBGC (Instituto Brasileiro de Governança Corporativa).

Os atores estatais e não estatais se constituem em elementos catalisadores no processo das políticas públicas, sendo diversos e com características distintas. Podem incluir os políticos e burocratas, empresários, trabalhadores, sindicatos, servidores públicos, meios de comunicação, grupos de pressão, grupos de interesse, agentes internacionais (Fundo Monetário Internacional – FMI; Organização das Nações Unidas – ONU; Organização Mundial do Comércio - OMC), e até outros países com os quais se tenham relações políticas. Esses atores podem afetar a economia e política interna de um país, e influenciar para que demandas entrem na agenda política do governo e, posteriormente, possam se transformar em ações e programas concretos (JANUZZI, 2014).

O conjunto de atores, em que se materializa uma diversidade de interesses, interfere não apenas em ações específicas do governo, mas em decisões maiores como o planejamento e execução de políticas públicas e na gestão pública, no nível estratégico. Conciliar tais diferenças em busca de um objetivo comum torna-se um grande desafio para os gestores públicos, uma vez que os objetivos muitas vezes se caracterizam como conflitantes. E o número de atores cresce à medida que o Estado se torna mais democrático. Segundo Carlei, Marra e Pozzi (2012), a multiplicidade

de atores estatais e não estatais envolvidos na implementação de políticas públicas e os problemas a serem observados como consequências de sua interação tornam-se uma questão-chave de toda a investigação da política pública.

Com as mudanças ocorridas no âmbito das políticas públicas, nos países democráticos, atribuindo ênfase maior à comunicação, Procopiuck e Frey (2009) consideram que nas novas arenas públicas em surgimento, os atores buscam interferir de forma estratégica e articulada nas diferentes dimensões da política com o objetivo de formular, defender e selecionar cursos de ação destinados à resolução de problemas em questões da vida sociopolítica.

Em função dos conflitos inerentes à política, os personagens envolvidos são os chamados “atores políticos”, que podem ser públicos e privados (MATIAS-PEREIRA, 2007). Para o autor, os atores não estatais (ou privados) estão construindo uma legitimidade cada vez maior para defender e promover o bem público. Na perspectiva de Andrade (2006), as políticas públicas são desenhadas no contexto das relações dinâmicas de diferentes atores e se concretizam por meio da ação desses atores.

Considera-se o conflito não apenas sob a conotação negativa, que leva a desequilíbrios prejudiciais aos serviços ofertados à sociedade, mas também pelo viés de uma discussão contraditória que venha a desencadear uma melhor escolha das estratégias no campo das políticas públicas. É o conflito tido como positivo, que desequilibra opiniões em busca da melhor solução para determinado problema, pois os atores irão defender suas ideias, sendo possível avaliá-las quanto a sua viabilidade e efetividade.

Segundo Delgado e Leite (2011), no processo de participação em políticas públicas, o conflito é subestimado ou “evitado” como forma de preservar a “harmonia” entre os diferentes grupos que compõem a arena decisória. No entanto, o embate de opiniões e de posições é parte constitutiva e intransponível do processo participativo, que reforça a importância dos mecanismos de incentivos à participação, assegura a representatividade dos grupos sociais e a transparência da tomada de decisão política.

É importante então considerar que o envolvimento e participação dos atores não ocorrem de forma harmônica no desenvolvimento das políticas. De acordo com Arretche (2002), as vontades, interesses, lealdades e concepções ideológicas dos diversos agentes envolvidos em um programa público dificilmente serão

completamente coincidentes, se intensificando na medida em que o programa é mais complexo. A consequência é a forte tendência de não convergências, impondo que não haja perfeita adequação entre formulação original e implementação efetiva de uma política ou programa.

Segundo Arretche (2002), o grau de sucesso de uma política ou programa depende diretamente do grau de sucesso em obter cooperação de outros atores – governamentais e não governamentais. No Brasil, os programas de ação pública são crescentemente realizados por meio da integração de vários níveis de governo e de agentes não governamentais.

Para Agranoff e McGuire (2001), os atores, ao participarem da estrutura de governança e da produção de políticas públicas, permitem a governabilidade capaz de solucionar os problemas públicos. Andrade (2006) complementa que as políticas públicas são resultados de esforços materializados da ação de atores, que objetivam estabelecer uma hegemonia na construção de um projeto coletivo para a resolução de problemas comuns.

Os atores são classificados, também, como visíveis e invisíveis. Os visíveis recebem considerável atenção da imprensa e do público, os quais incluem os políticos, ministros e secretários, secretários-executivos de ministérios, mídia, partidos, participantes do processo eleitoral, opinião pública e grupos de interesse. Os invisíveis formam as comunidades nas quais as ideias são geradas e postas em circulação, dentre eles os acadêmicos, pesquisadores, servidores públicos, analistas de grupos de interesses, assessores parlamentares, assessores da presidência, consultores e burocracia (VIANA, 1996; CAPELLA, 2006; SOUZA, 2006; RAEDER, 2014).

De acordo com Capella (2006), os atores invisíveis atuam mais frequentemente na elaboração de alternativas para as decisões de políticas públicas. Por outro lado, os atores visíveis têm uma atuação mais influente na definição da agenda, participando intensamente dos fluxos de problemas e de política, sendo responsáveis pela criação de oportunidades de acesso à agenda governamental.

Um dos principais atores externos à estrutura administrativa de governo no processo das políticas públicas é a sociedade, como principal usuário ou motivador dos serviços governamentais. Por esta condição, é elevada a uma das principais influências na gestão pública, principalmente em países democráticos. Segundo

Matias-Pereira (2007), a sociedade vem interferindo em uma intensidade cada vez maior nas questões relativas aos interesses coletivos, contribuindo com o desenvolvimento de políticas públicas e até participando da aplicação do orçamento público.

A sociedade é um *input*, ou elemento de entrada, por ser a principal fonte para a criação de políticas, participar do processamento das ações políticas e se apresentar como a principal destinatária (*output*) das políticas, em áreas como saúde e educação, mas também de segmentos específicos, como a população idosa. Para Pinho e Sacramento (2009), a Constituição Federal de 1988 institucionalizou a participação da sociedade na gestão das políticas públicas, pois criou diversos mecanismos para isso, como os conselhos, orçamento participativo e plebiscitos.

No processo decisório de questões políticas no âmbito governamental, entende-se também ser necessário que a sociedade passe a participar de maneira mais ativa nas discussões que tratam da formulação e implementação de políticas públicas, pois é por meio desse mecanismo democrático que gradativamente substituirão as soluções de interesse pessoal ou de grupos, pelas de estrutura permanente e de alcance coletivo, visando ao desenvolvimento e o bem comum da sociedade (MATIAS-PEREIRA, 2007).

Retomando Lotta (2012), as burocracias do serviço público se apresentam também como importantes atores, por representar coletividades orientadas para objetivos, interagem com a comunidade e outros atores, como os do público, dos atores políticos e dos próprios burocratas, durante o seu trabalho. Além disso, é essencial analisar como a burocracia traduz diversos valores em ações concretas, a partir da construção de suas práticas, transformação de valores em ações e interação com as regras, procedimentos estabelecidos e outros valores existentes.

Assim, é perceptível que muitos atores vêm gradativamente adquirindo importância na coalizção relativa ao desenvolvimento das políticas, dentre eles os grupos de interesses e movimentos sociais. Não obstante, como afirma Souza (2006), o governo ainda continua mantendo sua força na elaboração e execução de políticas públicas, mesmo com a crescente participação de outros segmentos não governamentais nesse processo.

Nessa perspectiva a inserção de novos atores no processo decisório das políticas, no âmbito local, assume formatos diferenciados. Existem experiências que

prevalecem formas mais restritas de participação, as quais se limitam a dar voz aos cidadãos. Por outro lado, há outras formas em que se permitem à população poder na gestão direta dos programas, visando reduzir as assimetrias de poder entre os atores locais, e assim, diminuir as desigualdades políticas e sociais. Inclui-se ainda maior controle dos atores sociais (não estatais) sobre os gestores públicos quanto ao cumprimento das decisões (SOUZA, 2004).

Para Andrade (2006), quando novos atores são incorporados à gestão pública, busca-se vencer o insulamento burocrático, desatrelar os governos estaduais e municipais do governo central e deixar contagiar-se pela dinâmica política produzida pela sociedade.

A compreensão é que não há diminuição do poder do governo, especialmente na gestão das políticas públicas, porém as relações de poder se tornam mais complexas, a partir do envolvimento de outros segmentos ou atores, como a sociedade civil e os burocratas de nível de rua. A participação direta ou indireta desses atores foi ampliada com as mudanças decorrentes da descentralização das políticas públicas para o nível local, compreendido aqui como território no contexto municipal ou microrregional.

Considerando o Ciclo das Políticas Públicas, a capacidade política enfatiza as relações estabelecidas entre a burocracia executora de políticas públicas e outros atores situados institucionalmente tanto no governo quanto na sociedade civil organizada (membros de conselhos ou outros colegiados), bem como de outras áreas de controle – Tribunal de Contas da União (TCU), Ministério Público (MP), Controladoria Geral da União (CGU) -, na medida em que a fiscalização acaba também afetando os resultados das políticas (LOUREIRO, MACÁRIO e GUERRA, 2014).

Especialmente na definição da agenda das políticas públicas, várias forças internas e externas exercem influências advindas de atores internos e externos à estrutura administrativa do governo. Nessa linha de análise, Capella (2006) considera que vários fatores, como grupos de pressão, opinião pública, pressões do legislativo e das agências administrativas, movimentos sociais e processo eleitoral determinam o clima político capaz de mudar a agenda governamental, podendo favorecer ou restringir determinado tema ou questão social discutida na agenda.

Para Januzzi (2014), a constituição de uma agenda pública de bem-estar social é potencializada em contextos de maior liberdade e participação política, com

maior atuação de partidos políticos, sindicatos e outros grupos de interesse. Por exemplo, os níveis de urbanização e envelhecimento populacional seriam outros condicionantes importantes para entender a formação da agenda política, pela visibilidade e concretude que conferem aos problemas sociais deles decorrentes.

Também nas etapas de formulação e implementação de políticas públicas vem sendo adotados os conceitos de participação e de articulação entre os atores sociais, classificados como individuais e coletivos (GOULART *et al.*, 2010). Além das burocracias de diferentes poderes e níveis de governo, se inserem no conjunto de atores os parlamentares de partidos políticos e organizações da sociedade civil, como sindicatos de trabalhadores, associações empresariais, movimentos sociais (GOMIDE e PIRES, 2014).

Os atores presentes no processo de formulação de políticas públicas têm o desafio capaz de dar respostas aos problemas identificados e determinar o caminho de desenvolvimento de uma sociedade (DELGADO, TRIANA e SAYAGO, 2013). Em sistemas políticos e governamentais caracterizados pela democracia, a participação social e outra diversidade de atores nas políticas públicas são fundamentalmente relevantes no alcance de resultados próximos do que se deseja, embora os conflitos inerentes possam dificultar esse processo. Para Rydin e Pennington (2000), a participação de atores na formulação e desenvolvimento de ações permite olhar o processo democrático de maneira contínua.

No processo decisório, Machado (2013) argumenta que, apesar de a decisão final da política pública estar alocada para organizações específicas do governo, esta é precedida por processos de interação e negociação, mais ou menos informais, com grupos de interesse de diferentes segmentos da sociedade. No caso de políticas públicas para os idosos, é possível encontrar pessoas ou grupos que se importem com as decisões tomadas pelo governo em direção a esse grupo etário, como os conselhos municipais do idoso.

A participação direta ou indireta dos atores depende das características de cada fase do ciclo das políticas públicas. Por exemplo, a Tomada de Decisão é uma etapa que fica mais restrita a ação direta de membros do governo, enquanto a Agenda é mais aberta no sentido de envolver mais atores, inclusive de fora do governo. Dessa forma, há atores como os Sindicatos que podem atuar diretamente na fase da agenda, mas que apenas influenciam em outras, como a tomada de decisão. Outros como as Universidades podem atuar diretamente em fases como

Definição de Agenda e Avaliação dos Resultados. Com base em Wu *et al.* (2014), descreve-se os atores envolvidos para cada uma das cinco fases do ciclo das políticas públicas (Quadro 1):

Quadro 1 – Atores Envolvidos em cada Fase do Ciclo de Políticas Públicas

FASE	ATORES ESTATAIS E NÃO ESTATAIS
Agenda	Estatais: legisladores, membros do executivo, burocratas e membros do judiciário. Não estatais: ativistas, eleitores, grupos de interesses, organizações religiosas, empresas, sindicatos, associações, usinas de ideias, pesquisadores de universidades e institutos de pesquisas, mídia, organismos internacionais (FMI, ONU OMS e Banco Mundial).
Formulação	Estatais: dirigentes políticos (ministros e secretários), legisladores. Não estatais: grupos de interesses, usinas de ideias, universidades, estudiosos de políticas.
Tomada de Decisão	Estatais: órgãos governamentais, órgão legislativo, altos executivos. Não estatais: analistas profissionais, especialistas em questões específicas, consultores, lobistas.
Implementação	Estatais: burocracias, políticos e servidores públicos, que atuam em ministérios, departamentos e tribunais. Não estatais: grupos-alvo.
Avaliação	Estatais: órgãos administrativos, gestores públicos. Não estatais: pesquisadores em universidades, usinas de ideias, empresas de consultoria, mídia, usuários do serviço, público em geral, eleitores, partidos políticos.

Fonte: Adaptado de Wu *et al.* (2014).

- Agenda:** Os atores estatais incluem agentes eleitos e administradores nomeados. Os agentes eleitos incluem legisladores e membros do Executivo, enquanto os nomeados incluem burocratas e membros do Judiciário. Os atores sociais envolvidos, como grupos de interesse, ativistas ou eleitores, podem trazer itens para a agenda de governo. No entanto, é mais comum que os itens da agenda surjam a partir de atores coletivos organizados, tais como grupos de interesse, organizações religiosas, empresas, sindicatos, associações, usinas de ideias, universidades e institutos de pesquisa. Em sociedades com uma imprensa relativamente livre, a mídia também pode desempenhar um papel importante ao trazer questões para o público e para agendas governamentais. Os atores internacionais também desempenham um papel cada vez mais significativo nessa etapa, dentre eles as Organizações das Nações Unidas (ONU), o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Formulação:** A formulação de políticas públicas frequentemente transmite a imagem de alguma atividade de alto nível realizada por um pequeno grupo de dirigentes (nomeados e eleitos). Os dirigentes políticos (ministros e secretários) geralmente são as figuras mais proeminentes e publicamente

visíveis envolvidas na formulação de políticas, especialmente em questões de alto destaque. Os legisladores também estão frequentemente envolvidos na formulação de políticas públicas, seja pelo desenvolvimento de uma nova legislação ou, mais comumente, pela realização de estudos e revisões de legislação. Fora do governo, há também um grande número de atores que podem e devem propor e analisar opções de políticas públicas, como grupos de interesse, usinas de ideias e universidades também são uma fonte cada vez mais fundamental. Os Estudiosos de políticas tendem a ser práticos em sua orientação e se esforçam para oferecer soluções viáveis aos problemas.

- **Tomada de Decisão:** as decisões na gestão pública têm caráter político e administrativo/técnico. Os membros de elite do governo são os principais intervenientes na tomada de decisão formal, como altos executivos, órgãos legislativos e órgãos governamentais. Há também outros atores envolvidos, tais como analistas profissionais, especialistas em questões específicas, consultores e lobistas, embora a sua participação possa ser mais bem classificada como indireta, pois sua influência é sentida indiretamente pelas suas afiliações ou associações com os tomadores de decisão.
- **Implementação:** os atores mais significativos são a burocracia, os políticos e os servidores públicos assalariados. Esses servidores operam em vários tipos de órgãos administrativos, como ministérios, departamentos, setores e por membros nomeados de conselhos ou tribunais criados especificamente para fins de regulamentação. Outros membros de comunidades incluem grupos-alvo, aqueles cujos comportamentos se espera ou pretende alterar por ação do governo, em particular, desempenham um papel direto e indireto no processo de implementação.
- **Avaliação:** dentro do governo, a avaliação de rotina geralmente é realizada pelo principal órgão responsável pela implementação da política pública, que pode ter uma unidade especializada para realizar todas as avaliações. Devido à sua localização em órgãos líderes e centrais, os gestores públicos estão entre as figuras mais influentes nas avaliações de políticas públicas. Fora do governo, os atores são constituídos por pesquisadores em universidades, usinas de ideias, empresas de consultoria, mídia, usuários do serviço, público em geral, eleitores e partidos políticos.

A análise do papel de cada ator no desenvolvimento das políticas públicas pode ser aprofundada a partir da análise da coordenação e articulação na governança pública e dos desafios contemporâneos dessa abordagem.

2.2.2.3 Coordenação e Articulação na Governança Pública

A governança traduz-se numa mudança do papel do Estado, que deve ser menos hierárquico e menos monopolista na solução de problemas públicos (SECCHI, 2009), sendo caracterizada como uma relação horizontal estabelecida entre os atores públicos e privados, no processo de construção de políticas públicas. A coordenação e articulação ocorrem, assim, em atividades, setores, atores estatais e não estatais e nos níveis federativos, de modo que a governança pública cumpra seu papel de desenvolver políticas públicas de forma responsável, transparente e a mais democrática possível.

A gênese do federalismo brasileiro, instaurado pela Constituição de 1891, resultou de um processo de descentralização de um estado unitário (LÍCIO, MESQUITA e CURRALERO, 2011). Assim, o Brasil é uma república federativa, constituída por três esferas governamentais – União, estados e municípios – que têm responsabilidade compartilhada em setores como saúde e educação (FARENZENA, 2012; DOURADO e ELIAS, 2011).

Desse modo, a coordenação e articulação das políticas podem ocorrer de forma vertical e horizontal. As relações interfederativas, que ocorrem entre Governo Federal, governos estaduais e governos municipais, levam à dimensão de verticalidade. Por outro lado, as relações entre setores, como saúde, educação e assistência social, constituem a integração horizontal (LOTTA e FAVARETO, 2016).

No bojo das políticas sociais, a coordenação está condicionada ao tipo de federalismo e respectivo padrão de relações intergovernamentais adotados (LÍCIO, MESQUITA e CURRALERO, 2011). Para Dourado e Elias (2011), a gestão de políticas públicas nas federações exige a construção de processos decisórios compartilhados para conduzir o planejamento e a execução. No entanto, afirmam Oliveira, Faleiros e Diniz (2015), no caso do federalismo brasileiro, o Governo Federal ainda é responsável por planejar grande parte das políticas públicas.

A caracterização do federalismo não se limita apenas ao marco constitucional-legal que o instituiu, sendo necessário considerar os processos de implantação das políticas públicas para compreender a natureza e as

especificidades dos regimes federativos. Isto porque o federalismo não representa um arranjo institucional único, comportando tipos variados, em diferentes graus de centralização e descentralização. Assim, a relação entre a estrutura do Estado e as políticas públicas são fatores importantes na definição de arranjo e desenho das instituições do federalismo e dos recursos de poder dos atores envolvidos (VIANA e MACHADO, 2009).

Nos regimes federativos, as relações intergovernamentais dizem respeito aos aspectos operativos e de orientação entre os níveis de governo de uma federação, desencadeando algum grau de interdependência entre governos e o funcionamento de arranjos formais de coordenação federativa. Estes regimes operam com base em uma estrutura institucional e legal, em normativas que regulam diferentes setores governamentais, e nas condições econômicas e sociais em diferentes unidades constituintes (PALOTTI e MACHADO, 2014). Por setor, as relações intergovernamentais no campo da saúde são as que apresentam maior colaboração e coordenação federativa, e se caracterizam pela busca de solução conjunta de problemas e as arenas de negociação funcionam com regularidade (SETA e DAIN, 2010).

Estudos sobre coordenação federativa no campo das políticas públicas vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos, considerando as diversas áreas as quais programas públicos são implantados. Palotti e Machado (2014) investigaram comissões intergestoras das políticas de saúde, assistência social e educação, em 24 estados brasileiros, evidenciando que o desenho institucional dessas comissões prevê composição paritária entre os entes federados e a regra de consenso no processo decisório. Enfatizaram que a União foi o ator com maior poder de agenda, apresentando quase a totalidade das pactuações.

Simon e Baptista (2011) analisaram a função de coordenação federativa a partir dos arranjos adotados na gestão em saúde mental, dos instrumentos legais e formativos de pactuação e formalização de compromissos e dos mecanismos e instrumentos utilizados para o fortalecimento dos municípios. Identificaram um espaço importante de articulação federativa e uma maior integração e diálogo entre os estados e o Ministério da Saúde e entre Estados. Já de acordo com os estudos de Oliveira *et al.* (2015), o êxito de políticas sociais como o programa Mais Médicos dependerá da continuidade da articulação interfederativa, de políticas regulatórias de

Estado e do constante acompanhamento, monitoramento e aprimoramento do programa.

Ao pesquisarem a coordenação intergovernamental do Programa Bolsa Família (PBF), e considerando as implicações derivadas da perspectiva intersetorial que rege o programa, os autores Lício, Mesquita e Currello (2011) destacam dois desafios: a necessidade de maior investimento em espaços e oportunidades de negociação intergovernamental, principalmente na dimensão da transferência de renda; a demanda de uma estratégia nacional de articulação de programas complementares, sugerindo-se maior participação dos Estados na coordenação regional do programa.

Segundo Pereira e Campos (2014), não é possível aprofundar a coordenação interfederativa baseada na responsabilidade solidária e no apoio institucional, se o ente federado atuar na lógica instrumental, verticalizada, fiscalizadora e punitiva. No caso do Sistema Único de Saúde, acrescenta ainda que não é possível integração diante da excessiva fragmentação e baixa articulação das diversas áreas do Ministério da Saúde.

Os sistemas de informações criados pelo Governo Federal brasileiro, usados para coordenar políticas sociais descentralizadas em três áreas – saúde, educação e assistência social - e implementadas em parcerias com governos estaduais e municipais, foram analisados por Oliveira, Faleiros e Diniz (2015). Os autores identificaram que os resultados desses sistemas ainda não têm impactos significativos como ferramenta de coordenação interfederativa, instrumento de promoção da transparência dos programas sociais e de construção conjunta de políticas públicas, cuja execução depende de mais de um ente federativo.

Na implantação do programa Unidade de Pronto Atendimento, no Estado do Rio de Janeiro, Lima *et al.* (2015) identificaram que ocorre interdependência entre os governos, porém problemas de coordenação federativa comprometem a integração de diversos componentes de atuação às urgências no Estado. Os autores discorrem que o arranjo federativo e as relações intergovernamentais são variáveis fundamentais na compreensão das políticas de saúde, além da participação de atores que têm interesse nas decisões.

Para Figueiredo e Santo (2014), a sociedade e demais atores (ou públicos de interesse) devem participar no acompanhamento e controle da gestão pública, interagindo com o governo. Nesse sentido, pode solicitar do governo informações de

seu interesse, a qualquer momento. Para os autores, é preciso que haja transparência, pois esta estimula a participação social, a informação divulgada aproxima a sociedade da gestão exercida por seus representantes e proporciona um ambiente de análise e reflexão. Além do mais, o aumento da transparência auxilia o envolvimento de diferentes classes sociais no acompanhamento da gestão.

Registre-se que não apenas o governo está presente nas decisões e controles, mas outras organizações envolvidas no processo de desenvolvimento das políticas públicas, como os conselhos setoriais, que serão abordados na subseção 2.2.2.5. Além deste, Figueiredo e Santo (2014) destacam outros mecanismos de participação social: observatório social, orçamento participativo, audiência pública e ouvidoria.

Em uma dimensão mais ampla no que diz respeito aos mecanismos de controle a partir da participação social e de entidades que as representam no ambiente das decisões políticas, Pinho e Sacramento (2009) consideram salutar o reconhecimento de medidas adotadas para o fortalecimento da democracia no poder local, as quais destacam a adoção do processo de elaboração do orçamento com a participação da sociedade, a obrigatoriedade de criação de conselhos municipais para acompanhar e controlar a aplicação dos recursos recebidos e a disponibilidade das contas dos municípios para exame e apreciação por qualquer cidadão ou contribuinte.

Há um campo teórico relevante para entender o contexto da coordenação e articulação na governança pública (MATIAS-PEREIRA 2010): a Teoria de Governança torna possível compreender seus objetivos, princípios e os mecanismos que permitem maior interação dos *stakeholders* na administração, seja pública ou privada; a Teoria dos *Stakeholders* contribui na compreensão de como implementar ações que permitam a efetiva participação dos interessados na administração, sejam internos ou externos; a Teoria da Ação Coletiva diz respeito às condições de interação social e aos desafios de como coordenar as ações individuais na busca dos melhores resultados coletivos.

Os preceitos teóricos da teoria dos *stakeholders* foram apresentados no livro de Edward Freeman intitulado *Strategic Management: a stakeholder approach*, de 1984. Para Machado (2013), nesta obra se aprofundou a discussão sobre o conceito emergente de *stakeholders* no âmbito organizacional, sendo ainda um marco referencial para os estudos sobre atores sociais. Conceitualmente, *stakeholders*

correspondem, segundo Donaldson e Preston (1995), aos indivíduos ou grupos com interesses legitimados nos processos, atividades, decisões e ações das organizações.

As políticas públicas voltadas ao social, especialmente, se configuram com maior participação de atores estatais e não estatais, mantendo-se relações no processo de governança pública. Nesse sentido, Matias-Pereira (2010) apresenta os principais requisitos de boa governança no setor público, que são:

- Transparência e ética;
- Efetivação das relações entre setor público, setor privado e terceiro setor;
- Capacidade de comando e de direção do Estado;
- Coordenação do Estado entre as distintas políticas e os diferentes interesses em jogo;
- Adequação entre as diversas decisões tomadas e os recursos técnicos, humanos, informacionais, institucionais, financeiros e políticos;
- Gestão estratégica, gestão política e gestão de eficiência, eficácia e efetividade.

Busca-se, nessa abordagem, a modernização da gestão pública, em diversos países. Simione (2014), em seu estudo sobre governança e gestão pública em Moçambique, aprofunda o entendimento a respeito de pressupostos teóricos que expliquem esse contexto, como a Nova Gestão Pública (NGP), do Novo Serviço Público (NSP) e da Governança Interativa (GI), caracterizadas como novas tendências que influenciam o processo de organização e estruturação da administração pública no país.

Em pesquisa sobre a modernização do Estado que ocorreu a partir de 1995, Kisller e Heidemann (2006) assinalam que na Alemanha esta ocorreu principalmente em função de uma reforma interna inspirada na Administração Pública Gerencial (APG), modelo em que o Estado é voltado para os ideais mercadológicos e resulta na redução dos quadros de funcionários na gestão pública. Além disso, a governança pública agrupa, em novos arranjos de atores (redes, alianças, etc.), três diferentes lógicas: a do Estado (hierarquia), a do mercado (concorrência) e a da sociedade civil (comunicação e confiança).

Outro estudo realizado por Vasconcellos e Sobrinho (2015) analisa o papel das ONG (*Non Governmental Organization* – NGO) no estabelecimento de vínculos entre governo e comunidades rurais na implementação de programa de desenvolvimento institucional para a boa governança, no Estado do Pará, Brasil. Constatou-se que a ação das ONG é um importante mecanismo para fortalecer o poder das comunidades locais, para criar pontes entre o governo federal e essas comunidades, bem como intensificar a participação da sociedade.

2.2.2.4 Estruturas de Governança Pública

A estrutura de governança determina a natureza e o alcance dos mecanismos de resposta de indivíduos e grupos políticos afetados por políticas públicas, além de investigar as implicações legais, regulamentares e institucionais, o grau de liberdade no âmbito econômico, político e civil, e a distribuição de poder político (RAUSSER e SWINNER, 2014). Mas para entender a estrutura de governança no setor público é necessário mapear os atores, os custos de transação e características especiais do setor público, como a multiplicidade de tarefas ligadas às políticas públicas e motivação dos agentes e atores, especialmente, o poder executivo, legislativo, burocracia estatal e sociedade civil (PERES, 2007).

A compreensão da estrutura de governança se utiliza de várias abordagens teóricas. Para Sacomano e Paurillo (2012), a estrutura deve ser avaliada com base nas várias formas de governança: governança de atores privados, que inclui grandes empresas e detentores de poder de influência no arranjo; governança pública, envolvendo atores públicos como prefeituras municipais, secretarias estaduais e municipais, ministérios federais; e governança de atores coletivos, representada por sindicatos e grupos de interesse.

Na concepção de Lopes e Baldi (2009), a Teoria de Redes, além de compreender as relações estabelecidas entre organizações que resultam em uma rede definida como estrutura de governança, permite entender as relações entre atores coletivos e individuais em um amplo espaço de atuação, mapeando seus movimentos, suas ações, o poder que cada ator exerce e os resultados produzidos sobre os demais atores e sobre o território onde ocorrem as relações em rede. Também as redes como forma de governança vêm sendo apontadas como alternativas de expansão das ações de organizações do terceiro setor e de implementação de políticas públicas intersetoriais pelo Estado.

Meier (2010) estudou a contribuição de Luther Gulick (1892-1993), estudioso que definiu sete funções na Administração Pública (planejamento, organização, dotação, direção, coordenação, relatório e orçamento), levando ao debate sobre a administração pública e sua prática, envolvendo estrutura de governança e instituições políticas, como grupos de interesses. Qualquer reforma na gestão pública, sem a atenção para os problemas gerados por outras instituições, é uma receita para o fracasso.

Entretanto, segundo Siddiki *et al.* (2015), a natureza e as formas de engajamento de instituições e partes interessadas em qualquer estrutura política dependerão de como os decisores públicos e as partes interessadas caracterizam os problemas de políticas públicas e buscam explicar a complexidade inerentes às mesmas. Diante disso, os governos têm empregado estratégias colaborativas de governança em reconhecimento dessas complexidades.

Dentre as partes interessadas em colaborar ou influenciar uma estrutura de governança, estão os conselhos municipais setoriais, que no Brasil a partir de 1988 vem exercendo papel fundamental no desenvolvimento de políticas públicas e na governança presente.

2.2.2.5 Conselhos Setoriais e de Direitos

Conselhos consultivos ou deliberativos setoriais têm se constituído num modelo de recorte público/privado que se tem reproduzido na administração municipal (BOSCHI, 1999). Para Souza (2004), a formação de conselhos municipais é fundamental na governança das políticas e programas sociais. Segundo Figueiredo e Santo (2014), os conselhos, ao exercerem seu papel de instrumento de participação social, possibilitam aumentar e melhorar a comunicação entre governantes e governados, sendo potenciais na formação de cidadãos mais atuantes e envolvidos na construção de políticas públicas e participantes das decisões no âmbito governamental.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, os conselhos municipais se constituíram como espaços de diálogo e criação de novas relações entre o Estado e a sociedade, de exercício de cidadania e participação social, transformando-se em protagonistas no processo de descentralização das políticas públicas e como importante mecanismo de controle social as ações governamentais. Têm assim prerrogativas para deliberar, controlar e fiscalizar as políticas públicas.

Entretanto, configura-se como um arranjo ainda em construção e bastante complexo, pois depende das relações de poder existente no interior da sociedade, e desta para com o Estado, além das condições de participação e à diversidade de interesses dos atores presentes (DIEGUES, 2013).

Os conselhos paritários nos diferentes níveis de governo, ou seja, os Conselhos Federais, Estaduais e Municipais das áreas sociais, foram institucionalizados a partir de 1988 como novas instâncias de participação dentro do aparelho do Estado. Assim, a participação da sociedade civil organizada em conselhos permite o controle social sobre as políticas governamentais, a formulação e proposição de diretrizes, a definição de meios e prioridades de atuação voltadas ao atendimento das necessidades e demandas dos diversos segmentos sociais, a avaliação das ações e a negociação a respeito da aplicação de recursos financeiros (PRESOTO e WESTPHAL, 2005).

Entretanto, sua origem é frequentemente relacionada às influências das experiências socialistas das agências internacionais a partir da década de 1950, tais como o FMI (Fundo Monetário Internacional), BM (Banco Mundial) e ONU (Organizações das Nações Unidas), as quais estimulavam a participação social na implementação de projetos por elas apoiados, e dos movimentos sociais surgidos das reivindicações durante a década de 1970. Os de saúde, primeiros a serem regulamentados, são apontados como principal referência para os demais conselhos de políticas públicas e defesa dos direitos (RIBEIRO e RAICHELIS, 2012).

Então a passagem da estrutura centralizada para descentralizada refletiu-se na criação de conselhos setoriais municipais, inicialmente o de Saúde, transformando-se em importante instrumento de decisão no desenvolvimento de políticas públicas. Em sua estrutura há representantes do governo e da sociedade civil, sendo este último representado por diversas organizações sociais (GODOY e SOUZA, 2011). Conseqüentemente, a gestão das políticas pública promove maior interação entre atores e organizações em diferentes espaços de interesse público, viabilizando processos participativos e democráticos na relação entre governo e sociedade civil (KLEBA, COMERLATTO e FROZZA, 2015).

A constituição dos conselhos decorre, em linhas gerais, de exigências legais do governo federal, em torno de políticas específicas (saúde, educação, assistência social, emprego e renda) ou para atuar na defesa de direitos individuais ou coletivos (crianças, adolescente, idosos, deficientes). Assim, o papel dos conselheiros é

fiscalizar a implementação de políticas decididas em outras esferas, alocar parcelas dos recursos orçamentários e acompanhar sua aplicação e os rumos da política pública (SOUZA, 2004).

Os conselhos setoriais se inserem no âmbito da descentralização e governança local, pois são formatos organizativos recentes para a gestão de políticas públicas do Estado brasileiro, os quais participam da formulação e implementação de políticas e programas, principalmente na área social. Enfatiza-se que o ambiente institucional dos conselhos cria a possibilidade de representação paritária de interesses basicamente entre o Estado e a sociedade civil, contribuindo para ampliar a relação entre quem formulam as políticas e os beneficiários dessas políticas. Ademais, os conselhos são associados à ideia de que a participação pode favorecer a eficácia das políticas públicas, corroborando com o argumento otimista sobre gestão pública descentralizada (FREITAS, FREITAS e DIAS, 2012).

Para serem efetivos e atingir seus objetivos, enquanto espaço de interação social, consciência cidadã e de controle das ações públicas setoriais, algumas questões precisam ser resolvidas no âmbito dos conselhos: definição clara de sua autonomia decisória, apoio jurídico para as suas deliberações, superar a resistência da estrutura governamental em dividir o poder com a sociedade e que se reconheça nos conselhos uma instância legítima de controle social e democracia participativa (DIEGUES, 2013).

Segundo Godoy e Souza (2011), a implantação dos conselhos significou mudanças substanciais nas regras institucionais que coordenam o processo de elaboração de políticas públicas municipais e um rompimento da deliberação e ação unilateral do Estado. No entanto, a tradição e cultura centralizadora que persistem em alguns municípios ainda interferem na sua condução. Ponto de vista semelhante é apresentado por Wendhausen, Barbosa e Borda (2006), embora os conselhos gestores se constituam em novos espaços participativos, ainda predomina práticas autoritárias, de manipulação, clientelismo e cooptação, que inviabilizam a participação e empoderamento da comunidade.

Os conselhos se efetivarão como mecanismos democráticos e alcançarão autonomia em relação ao poder executivo, à medida que se reduzem as dificuldades de interlocução entre os representantes da sociedade civil e do poder público, que as instituições governamentais adotem medidas baseadas na governança

democrática disponibilizando informações acerca das decisões públicas (RAMOS *et al.*, 2012).

Dentre todos os segmentos de políticas públicas, a política setorial de saúde foi pioneira em instituir os conselhos gestores, em dezembro de 1990, influenciando a criação de outros, como de Segurança Alimentar e Nutricional e Seguridade Social (WENDHAUSEN, BARBOSA e BORDA, 2006; GODOY e SOUZA, 2011; COHN e BUDJOSO, 2015; KLEBA, COMERLATTO e FROZZA, 2015). Na área de assistência social, os conselhos criados por lei nas três instâncias federativas (federal, estadual e municipal) são vinculados ao poder executivo e sua estrutura pertence ao órgão da administração pública responsável pela coordenação de assistência social, do ponto de vista financeiro, administrativo e técnico (SILVA *et al.*, 2008).

No caso dos idosos, tais conselhos podem representar um ator participante a ser incluído no modelo conceitual de funcionamento das políticas. A participação de grupos específicos na elaboração e implantação de uma política pública, segundo Matias-Pereira (2007), é um dos principais mecanismos de legitimação de governança em determinada estrutura político-administrativa.

A Constituição Federal de 1988 define como uma das funções do Conselho Municipal do Idoso orientar a população idosa que reside no município sobre seus direitos, em áreas essenciais como saúde, transporte, habitação, trabalho, assistência social, educação e cultura (BRASIL, 1988). Para Magalhães e Souza (2015), o conselho municipal do idoso terá maior representatividade perante a administração pública municipal se houver maior integração dos conselheiros acerca da formulação e elaboração da política pública do idoso, que implicará na promoção do monitoramento coletivo e a legitimidade das decisões públicas.

2.2.3 Novos Arranjos Institucionais

De acordo com Gomide e Pires (2014), em torno de cada política existem organizações, mecanismos de coordenação, espaços de negociação e decisão entre atores, responsabilidade, obrigação de transparência, prestação de contas e controle. Análise semelhante é feita por Carvalho e Silva (2011), ao afirmarem que em cada ato político que institui a política, há relações de poder que indicam a correlação de forças sociais e políticas e o arranjo institucional delineada da política pública.

Na concepção de Ronconi (2011), governança pública é compreendida como um tipo de gestão do Estado, amparada em um arranjo institucional governamental que, ao articular as dimensões econômico-financeira, institucional-administrativa e sociopolítica e estabelecer parcerias com sociedade civil e mercado, busca soluções inovadoras para os problemas sociais e o aprofundamento da democracia.

Há então, uma complexa estrutura interna e externa à política pública, constituída de diversas partes, sejam ligadas ao próprio governo ou não, o qual os gestores públicos, sobretudo àqueles das políticas sociais, devem considerar e analisar o papel e finalidade da existência de cada uma dessas partes constitutivas. Segundo Matias-Pereira (2010), na gestão pública, deve-se buscar a legitimidade junto aos dirigentes políticos e a população. Entretanto, os atores, sejam indivíduos, grupos e organizações, podem perceber de forma diferente o mesmo contexto institucional (CASTRO e GONÇALVES, 2014).

Nesse sentido, a teoria institucional é um aporte essencial nesse contexto, pois compreende as causas e as formas pelas quais estruturas e processos organizacionais tornam-se legitimados, por meios de regras e normas, e das consequências do processo de institucionalização (ROSSETO e ROSSETO, 1999). Destaca-se ainda, que as organizações precisam de legitimidade para atingir a eficiência e, assim, conquistar o apoio da sociedade onde está inserida (KUOPPAKANGAS, 2013).

Instituições significam regras formais e informais que moldam o comportamento dos atores, sejam os públicos ou os privados (SOUZA, 2006). Essas regras especificam o que as pessoas podem, devem ou não podem fazer sob os aspectos temporais, espaciais e processuais quando operando em determinado ambiente (SIDDIKI *et al.*, 2015).

No que se refere aos estudos da teoria institucional no âmbito das políticas públicas, Souza (2006) questiona como as instituições podem influenciar os resultados das políticas públicas e qual a importância de variáveis institucionais na explicação dos resultados das políticas públicas. A autora presume que as instituições tornam o curso de certas políticas mais fáceis do que outras.

A relação entre política e instituições é analisada por Rocha (2014) ao afirmar que uma política pública envolve, cria, mantém e muda instituições. Além disso, constitui-se de um conjunto de regras e procedimentos, ao possuir objetivos a serem alcançados e metodologias que instruem processos e definem maneiras de se

desempenhar determinadas ações. Também, as políticas públicas envolvem organizações no seu processo de construção e execução.

Uma das abordagens mais conhecidas de institucionalização é o isomorfismo, um conjunto de restrições que forçam uma unidade de uma população a parecer-se com outras unidades que se apresentam em um mesmo conjunto de condições ambientais (ROSSETO e ROSSETO, 1999). Por meio do isomorfismo obtém-se a legitimação nas organizações. Há três formas de isomorfismo: coercitivo, normativo e mimético.

Carvalho, Vieira e Silva (2012) assim diferenciam as três formas: o Coercitivo se caracteriza pela conformidade a pressões formais ou informais exercidas por organizações que exercem domínios de recursos escassos; o Normativo é decorrente da profissionalização que delimita e institui um conjunto de normas e procedimentos referentes a ocupações ou atividades específicas; o Mimético é pela adoção de modelos testados e bem sucedidos em organizações similares.

O isomorfismo pode ser analisado sob a perspectiva do envelhecimento populacional como um fenômeno mundial, em que países como o Brasil, que apresenta aumento da população idosa, sejam pressionados a planejar e executar políticas públicas para esse segmento populacional, como forma de se legitimar perante organismos internacionais ou até outros países, que já consolidaram tais políticas, devido o envelhecimento ter ocorrido antes.

As pesquisas sobre teoria institucional, embora voltados também para o campo das organizações empresariais privadas, como em situações de adaptação estratégica organizacional perante o ambiente externo (ROSSETO e ROSSETO, 1999), têm no setor público um espaço consistente para novas investigações, em função da dimensão ambiental em que as decisões públicas se enquadram. Barros, Guedes e Roza (2011) estudaram o apoio institucional na criação das condições e possibilidades de construção de políticas públicas em saúde.

Com o processo de descentralização das políticas públicas, no Brasil a partir de 1988 com a nova Constituição Federal (CF), originaram-se novos arranjos institucionais, com maior participação popular no processo de gestão e tomada de decisão. Nesse sentido, Rocha (2014) avalia que os desafios enfrentados pelos governos locais com a intensificação da democracia dizem respeito aos caminhos instaurados pelas novas institucionalidades que, em alguns casos, têm redefinido as ações entre Estado e sociedade civil, principalmente a partir da inventividade dos

governos locais. Estes vêm demonstrando capacidade de abordar antigos e novos problemas com soluções criativas e inovadoras, estabelecendo um novo padrão de políticas públicas e gestão governamental.

O novo desenho institucional criado pela CF/1988 promove o desenvolvimento de uma cultura cívica e democrática e a formação de capital social. Essas novas práticas emergiram como uma alternativa à dicotomia *Estado versus Mercado*, tendo a sociedade civil local uma posição de destaque no monitoramento das políticas públicas. Podem assim, ser caracterizadas como mecanismos institucionais que permitem uma ruptura com as práticas políticas “tradicionais”, de caráter unilateral e apoiado na centralidade do Estado (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Segundo Fiani (2014), um arranjo institucional, em linhas gerais, especifica quais agentes estão habilitados a realizarem determinada transação, o objeto da transação e as formas de interação entre os agentes, no desenvolvimento da transação, estando o arranjo sujeito aos parâmetros mais gerais do ambiente institucional. Para Gomide e Pires (2014), na arena da política pública, o ambiente institucional fornece o conjunto de parâmetros sobre os quais operam os arranjos de políticas públicas, que incluem o campo específico de ação da política, processos e relacionamento entre os atores envolvidos.

A partir da evolução do processo de institucionalização nas organizações, os atores organizacionais tendem a firmar relações sociais mais fortes, no qual as regras e normas passam a ser entendidas de forma mais clara (PEREIRA, 2012). Fundamentalmente, as instituições oferecem um contexto estável, no qual se reduzem as incertezas e se estruturam as ações coletivas (OLLAIK e MEDEIROS, 2011).

Para Vaistman (2002), é fundamental incorporar positivamente à tradição brasileira os processos de formação de novos arranjos institucionais, novos modelos de ação coletiva e sociabilidade na esfera pública, com o objetivo de aproximar Estado e sociedade civil em prol de melhores resultados do desempenho dos governos. De acordo com Lotta e Favareto (2016), por meio da análise dos arranjos institucionais é possível observar as variáveis centrais para entender o papel dos atores envolvidos, a efetivação da governança, processos decisórios e graus de autonomia.

Até o final dos anos 1980, os arranjos institucionais eram, majoritariamente, baseados no centralismo político-administrativo, e a partir da CF/1988 passou-se a

descentralizar muitas competências e recursos no campo das políticas públicas, implicando em um novo pacto federativo (SIEBERT, 2010). Dessa forma, desencadearam-se novos espaços de participação, tendo em vista o estabelecimento de diretrizes para ação pública, dentre eles os conselhos setoriais e municipais (LIMA, 2014).

Os arranjos institucionais que predominavam até o início dos anos 1980 e dos novos arranjos institucionais que vêm sendo delineados desde então, no Brasil, são diferenciados por Farah (2001), conforme Quadro 2. As políticas públicas eram definidas de forma centralizadora, fragmentada e setORIZADA pelo governo central, passando a ser desenvolvidas também pelos governos locais, de forma integrada e cooperativa incluindo a participação de diversos atores estatais e não estatais.

Quadro 2 – Arranjos Institucionais versus Novos Arranjos Institucionais no Brasil

ARRANJOS INSTITUCIONAIS	NOVOS ARRANJOS INSTITUCIONAIS
Centralização decisória e financeira na esfera federal.	Estabelecimento de vínculos de parcerias com outros níveis de governo e com governos de outros municípios.
As políticas públicas eram marcadas pela fragmentação institucional.	Estabelecimento de novas formas de articulação entre Estado, sociedade civil e mercado.
As políticas sociais tinham caráter de especialização setorial.	Promoção de ações integradas, dirigidas a um mesmo público-alvo.
Exclusão da sociedade civil do processo de formulação das políticas, implementação dos programas e controle da ação governamental.	Inclusão de novos atores na formulação e implementação das políticas públicas no nível local, como comunidades organizacionais, organizações não governamentais e conselhos setoriais.

Fonte: Baseado em Farah (2001).

Identifica-se a formação de arranjos institucionais em diversas áreas de políticas públicas no Brasil: segmentação da oferta de serviços no sistema de saúde (SANTOS e GERSCHMAN, 2004); diversidade étnica e cultural, e de inclusão social em programas e ações na área de educação (MOEHLECKE, 2009); descentralização e o planejamento territorial (SIEBERT, 2010); desenvolvimento de políticas públicas de habitação (LIMA, 2014); acesso a serviços públicos no espaço rural (PEREIRA, MARQUES e MARTINS, 2013); relações de cooperação em consórcios públicos (NASCIMENTO e FERNANDES, 2015).

Nas políticas sociais, a elaboração e implementação em nível de município passaram a ser um desafio às administrações municipais, que têm procurado a articulação entre setores da própria estrutura governamental, além de diferentes instituições públicas e da sociedade civil. O objetivo é conceber as políticas sociais de maneira dialogada e próxima dos interesses e necessidades da população. Para isso é imprescindível formar alianças entre todos os que desejam melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, sejam internos ou externos à administração pública,

como dirigentes, técnicos, prestadores e usuários dos serviços (MAFRA e NAVES, 2009).

No âmbito nacional, os arranjos institucionais buscam construir políticas públicas efetivas diante de um contexto territorial marcado pela diversidade e complexidade (LOTTA e FAVARETO, 2016). Os autores observaram a presença de três componentes de destaques nos arranjos institucionais de programas públicos elaborados e implementados pelo governo central: (1) articulação de temáticas intersetoriais; (2) gestão de política com coordenação entre os entes federativos e a sociedade civil; (3) enraizamento nos contextos locais de implementação das políticas.

Nas políticas públicas dirigidas aos idosos, os novos arranjos institucionais se apresentam como medida de valorização da participação e pluralidade de atores, nos âmbitos federal, estadual e municipal, bem como das organizações sociais e comunitárias, de modo a elaborar e implementar políticas voltadas à inclusão social, saúde e bem estar dessa população. Ademais, os componentes observados por Lotta e Favareto (2016) podem ser também identificados na governança das políticas públicas para o segmento idoso, dada a integração de setores como assistência social e saúde, relação do município com Estado e Governo Federal na oferta de programas sociais, e o entendimento das características locais.

Na seara internacional, identificam-se vários estudos sobre arranjos institucionais. Desjardins e Rubenson (2013) analisaram os arranjos institucionais e medidas específicas de políticas públicas de educação para idosos. Para Akompab *et al.* (2013), a boa governança e arranjos institucionais fornecem o ambiente propício, as estruturas, sistemas e recursos que facilitam o desenvolvimento de estratégias de adaptação, tais como as políticas públicas no contexto das ondas de calor que atingiram a Austrália. Zhang *et al.* (2015) consideram que para se instituir parceria público-privada (PPP), na China, deve-se ocorrer mudanças nos arranjos institucionais, e que o desempenho da PPP está intimamente relacionado com o seu ambiente institucional.

Já Psychogiopoulou e Kandyla (2013) avaliam que é por meio dos arranjos institucionais que atores estatais e não estatais se envolvem na definição de políticas de comunicação social na Grécia. Delamaza *et al.* (2012) analisaram as oportunidades disponíveis para o fortalecimento da cidadania no Chile, dentro de um contexto marcado pelos espaços limitados de participação social definidos pelos

arranjos institucionais vigentes no país. Por seu turno, Kakumba e Fenel (2014) estudaram a retenção de talentos e recursos humanos no governo local de Uganda, em termos das políticas públicas e arranjos institucionais.

Nesse trabalho pretende-se analisar a formação de arranjos institucionais no contexto do envelhecimento populacional e na necessidade de desenvolver políticas públicas para o idoso. Esse assunto é tema da próxima seção.

2.3 Mudança Demográfica e as Políticas Públicas de Atenção ao Idoso

Nesta seção são abordados temas como o envelhecimento da população no Brasil e no mundo, os principais conceitos inerentes a esse fenômeno, além das políticas públicas e legislação relacionada ao idoso.

2.3.1 Envelhecimento, Longevidade e a Condição do Idoso

O envelhecimento caracteriza-se pelo declínio das funções orgânicas e suas modificações gradativas, e inicia-se por volta dos 30 anos de idade, em que há uma perda de 1% das funções a cada ano (CAPORICCI e OLIVEIRA NETO, 2011), além do declínio das capacidades cognitivas, que podem variar conforme as características de vida de cada indivíduo (LEITE *et al.*, 2012).

Ocorrem, também, transformações nas relações sociais e nos aspectos psicológicos durante a vida, sem necessariamente incorrer em invalidez (OLIVEIRA, 2013). Como todas as situações humanas, o envelhecimento modifica a relação do homem com o tempo, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história (SILVA, 2010). O envelhecimento populacional não afeta só o ser humano, mas a família, a comunidade e a sociedade. Por outro lado, segundo Reut, Smolen e Gazdowicz (2012), a velhice é um período da vida marcado pela sabedoria resultante da experiência de vida.

Essencialmente, o conceito de idoso, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), e Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), é qualquer pessoa com 60 anos ou mais de idade, definição atribuída aos países em desenvolvimento. Esse conceito está intimamente relacionado ao envelhecimento decorrente da idade cronológica. Quanto aos países desenvolvidos, considera-se idoso o indivíduo com idade a partir de 65 anos.

Entretanto, definir a categoria *idoso* depende de diversos aspectos, que passam pelos socioculturais e vão até os biológicos (SILVA, 2010; ZANON,

MORETTO e RODRIGUES, 2013). Outros fatores como condições físicas, funcionais, mentais e de saúde podem influenciar diretamente sobre este processo, o que caracteriza que o envelhecimento é algo individualizado que difere de pessoa para pessoa (CAPORICCI e OLIVEIRA NETO, 2011).

A OMS (2005) classifica em quatro estágios o processo de envelhecimento: a meia-idade, que corresponde à faixa etária de 45 a 59 anos; o idoso, pessoas com idade entre 60 e 74 anos; o ancião, indivíduos entre 75 e 90 anos; e a velhice extrema, representada por pessoas com mais de 90 anos. Considerando o conceito de idoso, são três grupos etários a partir de 60 anos, que é crescente e, naturalmente, exigindo programas específicos, sobretudo, na área de saúde e moradia. Isso demonstra o quanto são complexos o envelhecimento e os desafios futuros para países como o Brasil.

Na busca por um envelhecimento mais saudável, a Organização Mundial de Saúde (2005) apresenta o conceito de envelhecimento ativo, que corresponde às ações voltadas aos idosos fundamentadas no princípio de otimização das oportunidades de saúde, participação social, segurança e bem estar. Segundo Félix (2010), a partir do envelhecimento ativo, é possível à sociedade alcançar benefícios, como menos mortes prematuras em estágios de vida ainda produtivos, redução de deficiências associadas às doenças crônicas na velhice, melhor qualidade de vida ao envelhecer, maior participação do idoso em atividades laborais remuneradas ou voluntárias, melhoria nas relações familiares, domésticas e comunitárias.

O indivíduo que está envelhecendo ativamente aproveita as oportunidades que surgem de modo a alcançar e manter a saúde, uma ocupação rica em significados, relações sociais, novas habilidades, conhecimentos e necessidades materiais. É um processo continuado e que se estende por toda a vida, apoiado em quatro pilares: oportunidades de saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação social (cívica, recreativa, cultural, intelectual ou espiritual, atribuindo sentido à vida, sentimento de realização e de pertencimento) e segurança/proteção (e seus efeitos na saúde física, bem estar emocional e tecido social). Para isso, é necessário que se constitua um arcabouço em que as instituições apoiem e possibilitem às pessoas aproveitarem as oportunidades e alcançar o bem-estar na velhice. Essas instituições incluem todos os níveis de governo, todos os setores de políticas governamentais, além da sociedade civil e setor privado (ILC Brasil, 2015a).

Tem-se observado iniciativas que objetivam melhorar a vida do idoso, no âmbito da OMS, como o Programa Cidade Amiga do Idoso. De acordo com Kalache (2008), o projeto piloto teve início com 35 cidades, dentre elas Tóquio, Xangai, Nova York, Istambul, Nova Délhi, Buenos Aires, Cidade do México e Rio de Janeiro. Para o enquadramento, a metodologia considerou requisitos como moradia, transporte, participação cívica, acesso à informação, acesso a serviços médicos, acesso a serviços sociais, engajamento na vida pública, questão de comunicação e de adaptação na vida de informática para uma população envelhecida.

A partir do programa foi criado o Guia de Cidade Amiga do Idoso, que segundo Plouffe e Voelcker (2013) foi originalmente desenvolvido como uma ferramenta de políticas e práticas para aumentar a conscientização local sobre as várias barreiras enfrentadas pelas pessoas idosas em ambientes urbanos.

Além disso, é importante considerar a expectativa de vida saudável ao nascer. O ILC Brasil (2015a) apresenta dados importantes a respeito da Expectativa de Vida Saudável. Em termos mundiais, em 1990 esse indicador era de 55 anos para homens e 59 para mulheres. Em 2010, passou para 59 anos e 63 anos, respectivamente. Porém, por causa de o aumento da expectativa de vida saudável ser menor do que a geral, muitas pessoas vão experimentar um período mais longo de incapacidade se comparado ao ano de 1990.

Outras abordagens conceituais nessa linha de análise são apresentadas na literatura. Kalache, Veras e Ramos (1987) apresentam o conceito de capacidade funcional, que está relacionado à manutenção de autonomia do indivíduo, pois quando não se mantém as funções do organismo em atividade, as mesmas se deterioram, surgindo os problemas para o indivíduo, família e comunidade. Definição semelhante é trazida por Freitas e Scheicher (2010), que afirmam ser a capacidade de realizar as tarefas do cotidiano sem o auxílio dos outros.

O envelhecimento é um processo eminentemente natural, faz parte das características biológicas de qualquer ser vivo. No entanto, retardar os efeitos do tempo, amparados nos princípios do envelhecimento ativo e capacidade funcional, tem implicância significativa para o indivíduo, sociedade e governo. Para o indivíduo, na melhoria de sua saúde e qualidade de vida, em relação à comunidade o idoso continuará produzindo e participando das atividades locais, e quanto ao governo, com redução em gastos com tratamento e doenças causadas pelo envelhecimento.

Por tudo isso, as políticas públicas de atenção ao idoso se firmam como condição necessária para alcançar esses objetivos.

Para o ILC Brasil (2015a), é importante que o idoso participe ativamente da sociedade e nas estratégias de desenvolvimento humano, pois ao contrário, aumentam as chances de que a pessoa idosa sofra as consequências de doenças passíveis de prevenção, pobreza, negligência e abuso. E os riscos, concomitantes para as famílias e sociedade, incluem a alta dependência, custos elevados para o sistema de saúde e de seguridade social e perda da capacidade produtiva.

Nesse sentido, a questão social do idoso exige uma política ampla, expressiva e efetiva que suprima, ou ao menos atenua, a dura realidade que espera os indivíduos que conseguem viver até idades mais avançadas, e os problemas decorrentes como falta de saúde e isolamento social. É relevante que, após vários esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer as condições necessárias e adequadas para viver bem nessa fase (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987). É necessário um planejamento a curto, médio e longo prazos para estabelecer uma política de bem-estar social e de cuidados à saúde do idoso no Brasil (RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987).

Segundo Silva (2008), a noção de velhice como uma fase diferenciada da vida surgiu na época de transição entre os séculos XIX e XX, em função de uma série de mudanças socioeconômicas e a convergência de diferentes discursos, destacando-se a formação de novos saberes médicos que investiam sobre o corpo envelhecido e a institucionalização da aposentadoria. Para Yenilmez (2014), o século XX teve a mais rápida diminuição das taxas de mortalidade na história da humanidade, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como resultado de uma melhor nutrição, cuidados médicos e de saúde.

Esses fatos desencadearam novos grandes desafios, os do século XIX, de acordo com Oliveira (2013), especialmente visando equacionar as reais necessidades desse emergente estrato populacional, preocupando-se com a garantia de direitos e qualidade de vida. A diminuição da fertilidade levará a uma escassez de pessoas mais jovens, e dessa forma, a saúde do idoso se tornará uma questão crucial para a sociedade e os governantes.

As condições do envelhecimento não ocorrem de maneira uniforme entre homens e mulheres, e também se apresentam de forma diferente entre os países, regiões, estados, cidades, distritos e bairros, devido a questões econômicas e

sociais. Por exemplo, os significativos ganhos na expectativa de vida das populações europeias (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987) estão ligados historicamente a uma melhor qualidade de vida experimentada pela maioria da população e as conquistas médico-tecnológicas relevantes. Segundo Cabral *et al.* (2013), no Brasil esse fenômeno ocorreu em um contexto de desigualdades sociais, com economia frágil, precário acesso aos serviços especializados e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam à demanda desse grupo etário emergente.

Assim, em cada localidade, independentemente de sua dimensão geográfica, o envelhecimento populacional difere em função dos mecanismos que levam a tal situação. Nesse sentido, o envelhecimento populacional, segundo Veras e Caldas (2004), formula para os especialistas, gestores públicos e sociedade um dos maiores desafios da história da humanidade e uma intensa demanda por estudos e análises para o delineamento de políticas públicas. Para Félix (2010), o Estado e a família devem desempenhar uma função integradora, seja pela promoção de eventos e criação de espaços de convivência, para quebrar a tendência ao isolamento do idoso. Também, o impacto econômico desse processo sobre os sistemas de cuidados com a saúde é potencialmente significativo (CARVALHO *et al.*, 2014).

Fundamentalmente, esse processo significa uma ampliação contínua da participação de idosos na população total de um país, que atualmente no Brasil, está na proporção de 12%, refletindo em mudanças na estrutura etária. No entanto, esse incremento é desigual entre homens e mulheres (BELON, LIMA e BARROS, 2014), com diferença de 7,6 anos a mais para as mulheres, resultando em uma proporção crescente de mulheres com 60 anos ou mais no Brasil. Para Veras, Ramos e Kalache (1987), esta realidade vem caracterizando a solidão na velhice da mulher, em função do aumento também de mulheres viúvas.

No Brasil, vem ocorrendo desde os anos 1960 e principalmente na década de 1980 (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; VERAS 1991), que durante todo o século 20 teve um incremento de 30 anos na expectativa de vida da população (VERAS e CALDAS, 2004) e de forma generalizada em todas as regiões brasileiras (WONG e CARVALHO, 2006).

As mudanças nas estruturas familiares, com menos filhos, aumento no número de divórcios e separações e maior mobilidade das famílias; a inserção

crescente da mulher no mercado de trabalho, e a maior longevidade da mulher desencadearam problemas na condição de vida da população idosa, como a falta de companhia e a redução do apoio familiar (ILC BRASIL, 2015a; VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987).

Nesse cenário, uma importante modalidade de suporte social é obtida por meio dos sistemas de apoio que consistem na rede de parentes, amigos ou vizinhos, mas que tende a diminuir da mesma forma e pelas mesmas causas que estão levando ao desaparecimento da família extensa (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987). Para os autores, em função do aumento de pessoas idosas, soluções análogas às de creches para crianças podem ser necessárias num futuro próximo.

Desse modo, segundo Barreto *et al.* (2003), o aumento acelerado da população idosa e seu impacto para os diversos setores da sociedade têm sido discutidos por governantes e acadêmicos, com o objetivo de encontrar soluções viáveis para o enfrentamento dessa realidade que se impõe a um país como o Brasil.

Nessa mesma linha, Silva (2008) relata que o surgimento da velhice envolve a convergência de discursos políticos, práticas sociais, interesses sociais e disciplinas especializadas. Na visão de Tabatabaei e Roostai (2014), o envelhecimento rápido nos países em desenvolvimento como o Brasil, em que a população idosa dobrará de tamanho em menos de 25 anos, fornece menos tempo para ajustar a esta mudança estrutural. Essa realidade difere dos países desenvolvidos, em que o envelhecimento ocorreu, de acordo com Bestetti e Chiareli (2012), de maneira lenta e gradativa.

Para Andrade *et al.* (2013), diferentemente do que ocorreu em países europeus, o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo em meio a sérias dificuldades de expansão do sistema de proteção social. E as alterações demográficas incidem diretamente nos perfis epidemiológicos, econômico e social peculiar a esta faixa etária em ascensão.

Nesse sentido, pesquisas sobre o envelhecimento populacional, no contexto da velhice, são importantes na área de Administração e Políticas Públicas, sobretudo, em relação à estrutura de governança no desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso, e dos atores que compõem o arranjo institucional nessa estrutura. Para Oliveira (2013), devido ao aumento contínuo e acelerado

desse contingente, novos estudos sobre o idoso vêm sendo desenvolvidos, sobretudo, em relação às políticas públicas.

Apesar das recomendações de organismos internacionais e das muitas políticas focalizadas no idoso, Fernandes e Soares (2012) argumentam que há dificuldades na implantação, abrangendo desde a captação precária de recursos ao frágil sistema de informação para a análise das condições de vida e de saúde, como também a capacitação inadequada de recursos humanos. Dessa forma, estudos que busquem analisar os fatores de governança pública no desenvolvimento e funcionamento de políticas públicas de atenção ao idoso, tornam-se relevantes.

2.3.2 A Terceira Idade e seus Desdobramentos

Ao estudar o idoso numa perspectiva que supera a questão cronológica, biológica e funcional, incluindo também a psicológica, cultural e social, é que surge a expressão Terceira Idade, que se caracteriza pelo processo de envelhecimento passando a ser visto como uma experiência mais gratificante (BARRETO *et al.*, 2003), no qual na contemporaneidade são identificadas mudanças significativas de hábitos, imagens, crenças e termos para caracterizar esse período da vida (SILVA, 2008 e 2009).

Laslett (1991), na análise sobre o significado da terceira idade, define a primeira idade como a infância, a segunda idade corresponde à fase adulta, a terceira idade como o início da fase idosa, por fim, a quarta idade refere-se à velhice em etapas mais tardias. Essencialmente, a terceira idade se estende da saída do mercado de trabalho para o aparecimento de dependência física e a quarta idade estende-se desde o início da dependência física (ou vulnerabilidade) até a morte.

Ressalta-se com base no ILC Brasil (2015a), que as pessoas acima de 80 anos estão vivendo mais, sendo que 1/3 delas continuam a desfrutar de alto nível de funcionamento físico e mental. Nas teorias sobre envelhecimento, a identidade terceira idade levanta debate sobre o surgimento de idosos, autônomos e diferenciados, que nega a própria velhice, tornando essa fase muito produtiva, sobretudo, na vida pessoa e social do idoso.

Para Silva (2008) o sentido de terceira idade é para designar mudanças na forma como olhamos para o idoso, que no lugar das tradicionais imagens que articulavam o envelhecimento somente ao descanso, à quietude e à inatividade, surge no modelo de identidade caracterizado pelo estímulo à atividade,

aprendizagem, flexibilidade, além do aumento da satisfação pessoal e a formação de novos vínculos afetivos.

A expressão Terceira Idade, como categoria de grupo para os que estão na velhice, de acordo com Silva (2008) e Laslett (1991), apareceu no cenário francês e inglês, por volta de 1950, mas é legitimado somente na década de 1980, e que a designação “velho” não é mais adequada para nomear esses “jovens senhores” e seu novo estilo de vida. Para Gilleard e Higgs (2002), a geração atual a partir de 60 anos e que carrega consigo a “cultura jovem”, produzida nos anos 1960, gera importantes consequências para a formação e caracterização da identidade da terceira idade. Esta, segundo Silva (2009), é um projeto individual, o qual o seu sucesso depende apenas do próprio esforço do sujeito, e este desvinculado das obrigações sociais, presentes nas fases anteriores da vida, o cerne da terceira idade é a busca da satisfação pessoal e social.

Nessa denominação aborda-se a experiência de vida na velhice como algo positivo, no qual o idoso tem liberdade para escolher seu estilo de vida, em um processo que busca, em princípio, minimizar os efeitos do envelhecimento biológico. A aceitação cultural da terceira idade, amparada em discussões, estudos, divulgações e até em estratégias de marketing de produtos e serviços a esse público-alvo, leva o indivíduo que está envelhecendo a buscar adotar esse hábito. Seguindo nessa direção, Silva (2009) afirma que o primeiro aspecto que se destaca no desenvolvimento da terceira idade é notadamente seu caráter individual, pois cada sujeito se identifica com a mesma como uma opção de vida, um estilo pelo qual podem aderir se lhes parecer conveniente e satisfatório.

Encontra-se na literatura outras denominações para substituir termos como idoso, velho, velhice, que trazem uma carga de valor considerada negativa diante da sociedade, e nas colocações de Oliveira, Scortegagna e Oliveira (2009), um grande conjunto de conotações pejorativas. Como discorre Arruda (2007), outras expressões surgiram para designar essa nova maneira de perceber o idoso, como ‘melhor idade’ e ‘maior idade’, usadas frequentemente em programas ou atividades para pessoas da meia-idade e aos idosos, e também em ações de caráter comercial tendo essas pessoas como público-alvo.

Embora a vivência pareça depender quase que exclusivamente do engajamento e da disciplina de cada indivíduo em fazer de sua velhice um momento de atividade e recriação, seguindo adequadamente as prescrições médicas e os

modelos sociais, estéticos e afetivos que compõem o referido estilo de vida da terceira idade (SILVA, 2008), o Estado não deve se isentar de elaborar e executar políticas públicas para o idoso. Segundo Félix (2010), compreender o envelhecimento e suas consequências depende de cada indivíduo, de sua formação educacional e propensão ao consumo, de plano de previdência privada, das políticas públicas, da responsabilidade das empresas para com seus empregados, da economia e do Estado.

2.3.3 Legislação Brasileira, Programas Brasileiros e Experiências Internacionais no Contexto das Políticas Públicas da População Idosa

Em países como o Brasil em que o processo de envelhecimento se acentuou nos últimos trinta anos, a implantação de políticas públicas ao idoso é relativamente recente, datada de janeiro de 1994, com a promulgação da Política Nacional do Idoso. No entanto, em outubro de 1988, na Constituição Federal (CF), identificam-se as primeiras diretrizes nesse sentido. O Artigo 30 da CF estabelece que a família, sociedade e Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhe o direito à vida. Também fica definido que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares, e que aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade nos transportes coletivos urbanos.

Em 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993) foi sancionada com o objetivo maior de garantir os recursos necessários para que os idosos tenham condições dignas de vida. Em 2003, o Decreto n. 4.227 cria o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI), com a finalidade de instituir maior mobilização social e participação efetiva do idoso e da sociedade nas políticas públicas. Em 2006, foi aprovada a Política Nacional da Pessoa Idosa – PNPI (Decreto n. 2.528, de 19 de outubro de 2006), com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos com 60 anos ou mais de idade.

O Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) define em seu artigo 3, que é obrigação da família, comunidade, sociedade e poder público assegurar ao idoso o direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, lazer, liberdade e convivência familiar e comunitária. Para Justo e Rozendo (2010), o Estatuto tornou-se um marco no Brasil quanto ao tratamento destinado aos idosos, às mudanças significativas relacionadas

à imagem do idoso, bem como dos espaços destinados a esse segmento populacional. No Quadro 3 apresenta-se o conjunto de leis, decretos e portarias do Governo Federal diretamente relacionados a essa temática.

Quadro 3 – Leis, Decretos e Portarias do Governo Federal Dirigidos aos Idosos

LEI/PORTARIA OU DECRETO	FINALIDADE
Fundo Nacional do Idoso (Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010)	Destinado a financiar programas e ações relativas ao idoso para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade. Autoriza as pessoas físicas e jurídicas a deduzirem do imposto de renda as doações efetuadas aos fundos.
Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007)	O benefício, no valor de um salário mínimo mensal, é garantido à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção.
Dia Nacional do Idoso (Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006)	Institui o dia 1º de outubro como o Dia Nacional do Idoso e determina que os órgãos públicos fiquem incumbidos de promover e divulgar eventos que valorizem o idoso na sociedade.
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528, de 20 de outubro de 2006)	Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.
Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004)	Tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe o Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução.
Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003)	Regula os direitos das pessoas com 60 anos ou mais, como os direitos à vida, liberdade, respeito, dignidade, alimentos, saúde, convivência familiar e comunitária.
Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702, de 16 de abril de 2002)	Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Essas redes são integradas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso.
Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil (Portaria nº 73, de 10 de maio 2001)	Propõe novas modalidades de atenção ao idoso: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro dia; centro de convivência; casa lar; república; atendimento integral institucional; assistência domiciliar/atendimento domiciliar.
Programa Nacional de Cuidadores de Idoso (Portaria nº 5.153, de 7 de abril de 1999)	Leva em consideração o acelerado processo de envelhecimento; e a necessidade de habilitar pessoas para cuidar do idoso, divididos em cuidadores domiciliar e institucional.
Advertências e Recomendações sobre Usos de Medicamentos (Lei nº 8.926, de 9 de agosto de 1994)	Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamento, de advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas com mais de 65 anos.
Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994)	Tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Fonte: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=polit>. Com Adaptações. Acesso em: 13 de abril de 2016

A Legislação Federal designa as medidas legais a serem definidas nos âmbitos estaduais e municipais, bem como estabelece os princípios relativos à formulação e implementação de programas e ações dirigidos ao atendimento da pessoa idosa.

Segundo Irigaray e Schneider (2008), devido ao significativo aumento da população idosa no mundo e no Brasil, e a conseqüente visibilidade alcançada pela velhice, a partir dos anos 1990, observou-se a criação de espaços e programas voltados a atender exclusivamente pessoas idosas, como as universidades da terceira idade, os centros de convivência para idosos, a associação de aposentados e as escolas abertas. Na concepção de Swindell *et al.* (2011), por razões puramente funcionais, pessoas mais velhas precisam continuar a aprender coisas novas, a fim de lidar com as mudanças tecnológicas e sociais que afetam diariamente suas vidas.

A Escola Aberta à Terceira Idade surgiu, em 1977, no Serviço Social do Comércio (SESC), em São Paulo (BARRETO *et al.* 2003; ALENCAR e CARVALHO, 2009). As Escolas foram criadas com bases nas experiências francesas, direcionadas para preparar as pessoas para a aposentadoria, informações sobre aspectos biopsicossociais do envelhecimento e atualização cultural, atividades físicas e complementação sociocultural (GOMES, LOURES e ALENCAR, 2004).

As Universidades da Terceira Idade (UnTI) são centros socioculturais em que as pessoas mais velhas adquirem novos conhecimentos sobre questões importantes ou validar o conhecimento que já possuem, em um ambiente agradável e de acordo com métodos simples e aceitáveis (MIDWINTER, 1984 *apud* FORMOSA, 2012). São organizações reconhecidas por suas realizações na área da educação para adultos (WILINSKA, 2012). São reconhecidas como importantes instituições em que muitas pessoas idosas em todo o mundo podem trabalhar para eliminar a marginalização e exclusão que elas enfrentam como pessoas idosas (RUSZKOWSKA, 2013).

As UnTI surgiram no início da década de 1980, na Universidade Federal de Santa Catarina (VERAS e CALDAS, 2004; IRIGACY e SCHEINEDER, 2008; ALENCAR e CARVALHO, 2009), mas mundialmente foram criados na primeira metade da década de 1970, na França (ARRUDA, 2007; ELLIS e LEAHY, 2011; LOURDES *et al.*, 2010; WILINSKA, 2012).

Quanto aos centros de convivência para idosos (CCI), foram criados nos anos 1970, quando o Serviço Social do Comércio (SESC) chamou seus associados para preenchimento do tempo livre em programas de lazer (GOMES, LOURES e ALENCAR, 2004; BORGES *et al.*, 2008), culminando em uma política pública direcionada a esse público (SANTOS e SILVA, 2012). Na colocação de Araújo, Coutinho e Carvalho (2005), permitem ao idoso o poder de exercer sua cidadania em seu cotidiano, considerando o entorno sociocultural.

De acordo com Valim-Rogatto, Candolo e Brêtas (2011), os CCI são ambientes de apoio aos programas e políticas de envelhecimento ativo, que podem levar mais facilmente à escolha de opções saudáveis, tornando o idoso fisicamente ativo, o que significa que pode ser capaz de realizar as tarefas da vida diária e manter-se independente. O Decreto n. 1948, de 1996, que regulamenta a Política Nacional do Idoso, de janeiro de 1994, em seu Art. 4, define CCI como o local destinado à permanência de idosos, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.

Há também as Instituições de Longa Permanência para Idosos (BESTATTI e CHIARELI, 2012), cujo espaço não significa, necessariamente, desenvolver atividades que contribuam com a melhoria da qualidade de vida e satisfação com a vida do idoso que frequenta, mas onde o idoso possa viver, embora também possa e deva desenvolver as atividades com essa finalidade.

No Brasil, a primeira política dirigida ao idoso, segundo Santos e Silva (2012), se deu com a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em 1961, e a primeira iniciativa do Governo Federal, nesse sentido, foi com as ações sociais do Instituto Nacional de Aposentadoria e Pensões, em 1974.

Outras iniciativas como Serviço Social do Comércio (SESC) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), extinta em 1995, também são consideradas pioneiras em implantar programas para idosos, a partir dos anos 60 (MOLITERNO *et al.*, 2012). Segundo Silva (2010), os idosos têm lugares destinados ao seu atendimento, entretenimento e manutenção da “identidade”. As políticas públicas podem garantir os direitos fundamentais (habitação, renda, alimentação) e desenvolver ações voltadas às necessidades específicas da população idosa como assistência de saúde, centros-dia, serviço de apoio domiciliar ao idoso e programas de monitoramento (VERAS e CALDAS, 2004).

As políticas públicas voltadas à promoção, proteção e defesa dos direitos do idoso são de responsabilidade de vários órgãos do Governo Federal, e também dos governos estaduais, municipal e distrital. A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), que coordena a Política Nacional do Idoso desde 2009, atua de forma transversal, articulando com órgãos e entidade de todas as esferas, políticas e federativas, para que incorporem as especificidades desse importante segmento populacional. Em 30 de setembro de 2013, o governo assinou o Decreto Presidencial 8.114, sobre o Compromisso Nacional para Envelhecimento

Ativo, coordenado pela SDH, com a participação de dezessete ministérios (BRASIL, 2015).

De acordo com o Guia de Políticas, Programas e Projetos (BRASIL, 2015), são vários programas do Executivo Federal que se destinam a atender a população idosa, em áreas como Cultura, Emprego e Renda, Turismo, Esporte, Segurança, Transporte, Moradia e Saúde. O “Programa Esporte e Lazer na Cidade”, executado pelo Ministério do Esporte, visa proporcionar a prática de atividades físicas, culturais e de lazer para vários grupos etários, dentre eles os idosos. O Ministério do Trabalho e Emprego executa o programa intitulado “Avanços e Aprimoramentos da Qualificação de Mão de Obra – Geração de Trabalho, Emprego e Renda”, que objetiva a qualificação e a inserção profissionais dos alunos atendidos pelo Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego/Pronatec, e dentre os cursos oferecidos está o de Cuidador de Idosos (Quadro 4).

Na área de saúde, é onde encontramos a maior parte das políticas e programas dirigidos aos idosos devido às doenças e disfunções orgânicas que acometem essa população, tendo o Ministério da Saúde como responsável pela elaboração e execução. A principal política corresponde ao Sistema Único de Saúde (SUS), que garante o direito universal e integral à saúde e resultou da ampla mobilização da sociedade na Constituição de 1988. Abrange ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2015). O modelo universal de saúde pública no Brasil, com proteção garantida pelo Estado, difere de outros países da América Latina, como o Chile, que tem um modelo dual, com vasta privatização, e o modelo plural da Colômbia, com intensa segmentação (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Quadro 4 - Políticas e Programas Brasileiros de Atenção ao Idoso

POLÍTICA/PROGRAMA	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO
Benefícios de Prestação Continuada – Programa – Equipamento e Serviço	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	Benefício da Política de Assistência Social, previsto na CF/1988, no valor de um salário mínimo destinado a pessoas a partir de 65 anos e pessoas com impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial.
Sistema de Transporte Coletivo Interestadual	Ministério dos Transportes	Reservas de duas vagas gratuitas por veículo para pessoas idosas com renda igual ou inferior a dois salários mínimos e desconto de 50%, no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas.
Programa Minha Casa, Minha Vida	Ministério das Cidades	Disponibiliza unidades adaptáveis ao uso por pessoas idosas, sendo que o Estatuto do Idoso dispõe que devem ser reservados pelo menos 3% das unidades aos idosos.
Educação e Projetos Educacionais para a População Idosa	Ministério da Educação	O Programa Brasil Alfabetizado (PBA) objetiva promover a superação do analfabetismo entre jovens com 15 anos ou mais, adultos e pessoas idosas e contribuir para a universalização do ensino fundamental no Brasil.
Programa Esporte e Lazer da Cidade	Ministério do Esporte	Proporciona a prática de atividades físicas, culturais e de lazer, em todas as faixas etárias, como idosos, além de pessoas com deficiência, estimulando a convivência social.
Governo Brasileiro e os Desafios que se Relacionam com a Cultura e com a Pessoa Idosa	Ministério da Cultura	Criou o Programa de Fomento e Valorização às Expressões Culturais da Pessoa Idosa, voltado para ampliação do reconhecimento e da visibilidade das expressões culturais do idoso.
Políticas Voltadas para as Mulheres Idosas e Conferências de Políticas para as Mulheres	Secretaria de Políticas para as Mulheres	As mulheres idosas devem ter oportunidades para adquirir capacidades (educação e qualificação profissional), e para utilizá-las (acesso ao mercado, renda, crédito, cultura etc.).
Viaja Mais Melhor Idade – Turismo Acessível	Ministério do Turismo	Promover a inclusão social dos idosos, aposentados e pensionistas, proporcionando-lhes oportunidades de viajar.
Fortalecimento das Delegacias Especializadas de Atendimento a Grupos Vulneráveis	Ministério da Justiça	Prevenção à violência e nos grupos mais vulneráveis a ela, dentre outros grupos, incluem as pessoas idosas e a população em situação de rua.
Inclusão Digital e Interface com a Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa	Ministério da Comunicação	A política de Telecentros busca promover o desenvolvimento social e econômico das comunidades atendidas, reduzindo a exclusão social e criando oportunidades de inclusão digital.
Ações e Políticas para a População Idosa no Campo	Ministério do Desenvolvimento Agrário	Para o idoso oferece o Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural e o Programa Nacional de Crédito Fundiário.
Avanços e Aprimoramentos da Qualificação de Mão de Obra – Fator Primordial para a Geração de Trabalho, Emprego e Renda.	Ministério do Trabalho e Emprego	Qualificação e a inserção profissional dos alunos atendidos pelo Pronatec, não havendo limite de idade para inscrição e oferece, dentre outros, o curso de Cuidador de Idosos.
Envelhecimento Ativo e Igualdade Racial	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial	Políticas públicas transversais capazes de integrar diferentes serviços e equipamentos públicos que alcancem variadas dimensões da vida da população negra idosa, além de combater o racismo presente no atendimento.

Fonte: Adaptado do Guia de Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal para a População Idosa: Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo (BRASIL, 2015).

Os programas executados a partir do SUS na atenção à saúde da pessoa idosa são (BRASIL, 2015):

- **Assistência Farmacêutica:** consiste em ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio de dois programas. O Programa Farmácia Popular do Brasil, lançado em junho de 2004, que disponibiliza medicamentos à população mediante “Rede Própria”, construída por Farmácias Populares, em parceria com os Estados, Distrito Federal, Municípios e Hospitais Filantrópicos, e pelo “Aqui Tem Farmácia Popular”, em convênios com a rede privada de farmácias e drogarias. O Programa Saúde não tem Preço, lançado em 2011, disponibiliza gratuitamente medicamentos para tratamento de Asma, Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.
- **Programa Nacional de Imunização:** lançado em 1999, o programa tem como meta vacinar a população na faixa de 60 anos e mais contra a influenza, por considerar essa população a mais propensa a adoecer e morrer em decorrência de algumas patologias como a gripe e a pneumonia. Atualmente são também disponibilizadas vacinas contra H1N1.
- **Atenção Básica:** desempenha importante papel na estruturação da atenção à saúde no SUS visando garantir a continuidade das ações de saúde e contribuindo para a organização dos pontos de atenção, com ampliação do acesso e qualificação do cuidado, a partir das especificidades da população idosa.
- **Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa:** voltado para pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos e pacientes crônicos. É ofertado por meio de uma equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas, tendo como característica principal o atendimento humanizado em domicílios, próximo da família. Tem a parceria de estados e municípios e está articulado com as Redes de Atenção à Saúde (Saúde Mais Perto de Você e Saúde Toda Hora). Além disso, as equipes atuarão de maneira integrada com os serviços da Atenção Básica, UPA (Unidade de Pronto Atendimento), SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e com as unidades hospitalares.

O envelhecimento da população ocorre em todas as partes do planeta, desencadeando a criação de políticas públicas de atenção ao idoso com foco em

saúde, segurança, previdência, complemento de renda, dentre outros. Encontram-se trabalhos publicados que relatam experiências nesse sentido em países dos continentes americano, europeu, asiático e africano, sobretudo a partir da década de 2000. Em países desenvolvidos, como Estados Unidos (*AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS*, 1984; LUSKY, 1986; BINNEY, ESTES e INGMAN, 1990; WRAY, 1991; BUNKHAUDER e DUNCAN, 1991) e Grã-Bretanha (BOCHEL, 1988), políticas públicas vêm sendo instituídas desde a década de 1980.

Em 1984, cerca de 25 milhões, 11% do total da população, tinham idade a partir de 65 anos nos Estados Unidos. Naquele ano projetara nos Estados Unidos um aumento de 26% da população idosa entre 1980 e 1999, e no grupo com idade a partir de 85 anos, um crescimento de 50%. Notadamente haveria um maior número de idosos, levando a novos aumentos de custos para cuidados de longo prazo em lar para idosos (*AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS*, 1984). Ademais, aspectos socioeconômicos e cuidados com saúde são indicadores que justificam o rápido crescimento da população idosa, tendo repercussões de longo prazo para os sistemas de serviços e apoio social nos Estados Unidos (WRAY, 1991). Binney, Estes e Ingman (1990), em levantamento junto à população entre os anos de 1986 e 1987, mostram que os serviços sociais em oposição aos médicos foram os mais solicitados.

Dados atuais mostram que, em 50 anos, 80% da população idosa estarão vivendo em países em desenvolvimento (KAUSHAL, 2014), onde se inclui o Brasil. A Índia, no continente asiático, tinha 100 milhões de idosos em 2011, a segunda maior do mundo, com projeção para triplicar até 2050, o maior aumento em proporção (KAUSHAL, 2014). A expectativa de vida em países como Espanha, Estados Unidos e Brasil, no final da década de 2000, era de 79,3 anos, 77,8 anos e 72,4 anos, respectivamente (WALTER, 2010). Para a autora, esse é um importante indicador da qualidade em saúde e das políticas públicas para idosos nos três países.

A partir dessa contextualização, é relevante discorrer como se apresenta as experiências no campo das políticas públicas para esse segmento populacional, descritas em detalhes nos parágrafos seguintes e sintetizadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Experiências Internacionais no Campo das Políticas Pública do Idoso

POLÍTICA OU PROGRAMA	PAÍS/REGIÃO	FONTE
<i>Long-Term Care of the Elderly</i>	Estados Unidos	<i>American College of Physicians (1984)</i>
<i>European Network on Safety among Elderly</i>	União Europeia	Muscat-Azzopardi e Lund (2006)
<i>Universities of the Third Age</i>	Austrália	Siedle (2011)
<i>National Health Insurance</i>	Taiwan	Liao, Chang e Sun (2012); Chiao, Ksobiech e Wei (2013)
<i>Long-Term Care Insurance</i>	Coréia do Sul	Kim <i>et al.</i> (2013)
Old Age Pension Scheme	Índia	Kaushal (2014)
<i>Long-Term Care Public Subsidies</i>	França	Rapp, Chanvin e Sirven (2015)

Fonte: elaboração do autor.

O *AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS* (1984) estudou a política pública denominada *Long-Term Care* (Cuidados de Longo Prazo) nos Estados Unidos, que se refere aos serviços médicos e de apoio aos idosos e outras pessoas portadoras de necessidades especiais, em busca do melhor funcionamento físico, social e psicológico. O estudo demonstrou que o sistema era fragmentado, sendo necessária a criação de um sistema global de cuidados de longa duração, sobretudo para os idosos, com medidas empreendidas em escala nacional.

Nos Estados Unidos, na década de 1980, os formuladores de políticas públicas avaliaram que a redução de doenças crônicas, dependência funcional e problemas sociais na fase idosa, ocorreram devido às melhorias nas condições ambientais e sociais, com medidas mais eficazes de saúde pública e avanços nos cuidados médicos (LUSKY, 1986). Segundo o autor, as melhores condições de saúde na velhice poderiam compensar o aumento dos recursos de cuidados com saúde, que de outra forma seriam necessárias para atender às necessidades do número crescente de idosos no país. Assim, as políticas públicas nos Estados Unidos devem ser direcionadas para a expansão e melhorias da saúde e serviços sociais para os idosos no século 21.

Para Wray (1991), no final dos anos 1980 e início dos anos 1990 as políticas públicas concebidas nos Estados Unidos eram direcionadas a uma população idosa homogênea, havendo a necessidade de torná-las mais flexíveis, as quais devem reconhecer e acomodar as necessidades de uma sociedade norte-americana cada vez mais diversificada. No estudo de Bunkhauser e Duncan (1991), constatou-se que os programas de seguro social nos Estados Unidos eram menos eficazes para atenuar o impacto econômico da viuvez e divórcio, especialmente entre as mulheres. Desse modo, os autores sugeriram mudanças nas políticas públicas que forneçam alguma medida de segurança social contra eventos adversos relacionados à família.

Na década de 1980 já havia uma preocupação crescente sobre o melhor tipo de atendimento e cuidados residenciais diante do aumento da população idosa na Grã-Bretanha (BOCHEL, 1988). Na região, constatou-se que existem desigualdades substanciais na prestação de serviços de cuidados residenciais para idosos, tendo implicações significativas nas políticas públicas locais.

Na Europa foi criada a EUNESE – *European Network on Safety among Elderly* (Rede Europeia de Segurança do Idoso), que envolve 23 países da União Europeia, com o objetivo de convencer os tomadores de decisão que é necessário estabelecer atividades e ações afirmativas de prevenção de lesões e a promoção de segurança para os idosos. Na Suécia, por exemplo, avaliaram-se como vários aspectos da prevenção de quedas estão integrados numa política consistente, e como os papéis e as responsabilidades são partilhadas pelas diferentes instituições (MUSCAT-AZZOPARDI e LUND, 2006).

Na Índia, o Governo Federal criou em 1995 o programa *National Old Age Pension Scheme* (NOAPS), para enfrentar a pobreza entre os idosos, que não têm nenhuma aposentadoria compulsória. Inicialmente, o governo fornecia uma pensão de Rs. 75 para pessoas com idade a partir dos 65 anos sem renda regular ou apoio familiar. Em 2006, o programa foi ampliado para abranger todas as pessoas idosas em domicílio com rendimentos abaixo da linha de pobreza do país, assim, dobrando sua cobertura. Nesse mesmo ano, vários governos estaduais suplementaram a pensão federal, a qual passou a variar entre Rs. 200 a Rs. 1000. Outro dado relevante é que no país, 93% dos idosos trabalham no setor informal (KAUSHAL, 2014). Nesse contexto, o autor pesquisou o impacto do programa sobre o bem estar, emprego e despesas das famílias dos idosos, constatando que teve efeito modesto sobre o emprego, mas um grande impacto sobre as despesas domésticas, diminuindo a pobreza. Entretanto, o efeito foi menor entre as famílias chefiadas por não alfabetizados, indicando que o programa tem menor cobertura para este grupo.

Srivastava e Mohanty (2012) analisaram dados de despesas e consumo da Pesquisa Nacional por Amostragem, de 2004 e 2005 na Índia, e estimaram 18 milhões de idosos vivendo abaixo da linha de pobreza. Constataram também que não havia diferença significativa na incidência de pobreza entre as famílias de idosos e não idosos no país. No entanto, os autores sugerem que a dimensão idade deve ser integrada na formulação de políticas sociais.

Em 1995 o governo de Taiwan criou o programa denominado *National Health Insurance* (NHI), e pesquisadores têm estudado seus resultados (CHIAO, KSOBIECH e WEI, 2013; LIAO, CHANG e SUN, 2012). Segundo Chiao, Ksobiech e Wei (2013) houve um aumento significativo na satisfação com a vida entre os adultos com 60 anos ou mais, em Taiwan, no período de 12 anos desde o estabelecimento do NHI. Para os autores, compreender a satisfação com a vida dos idosos é um elemento essencial para determinar se as políticas governamentais, como o NHI, são eficazes.

Ainda sobre o NHI taiwanês, os autores Liao, Chang e Sun (2012) também investigaram os efeitos de sua implementação sobre a satisfação com a vida da população idosa, os quais identificaram que o impacto ocorre de forma diferente entre homens e mulheres, tendo mais efeito sobre as mulheres. Entretanto, de acordo com a pesquisa, outras variáveis são também determinantes para a satisfação com a vida entre os idosos, como educação, condições de vida, estilo de vida, atividades sociais, localização geográfica e nível de urbanização. Os autores ressaltam que a análise da experiência em Taiwan deve fornecer uma lição valiosa para os países que estão nas fases iniciais de propor um programa de seguro de saúde universal.

Kim *et al.* (2013) estudaram o programa Long-Term Care Insurance (LTCI), criado pelo governo da Coreia do Sul, em 2008, analisando os padrões e os fatores associados à assistência pública entre os beneficiários idosos, em especial atenção para as políticas que subsidiam as populações de baixa renda. Os resultados mostraram que as políticas de subsídios promovem a igualdade de acesso aos serviços públicos da LTCI.

O programa *Long-Term Care Public Subsidies*, da França, objetiva melhorar o acesso das pessoas aos cuidados não médicos em domicílio. Rapp, Chauvin e Sirven (2015) analisaram o programa e descobriram que a assistência financeira de prestação de cuidados não médicos diminui a probabilidade de taxas de atendimento de emergência, confirmando a eficácia desse instrumento de política pública.

Ao analisar, na Austrália, um dos programas mais conhecidos dirigidos aos idosos, a Universidade da Terceira Idade, Siedle (2011) identificou que a aprendizagem em idade madura é muito diferente da aprendizagem em universidades e outras instituições de ensino superior. Os idosos exigem um alto

nível de controle sobre o que está acontecendo durante as aulas, relacionando aprendizagem com sua própria vida e experiência acadêmica. Os tutores não podem simplesmente transmitir conhecimentos e informações, o que implica reconhecer e atender as necessidades do idoso seja humanas, sociais, culturais e educacionais.

No continente asiático, arranjos familiares de apoio ao idoso tornam-se uma preocupação na formulação de políticas diante do rápido envelhecimento (TEERAWICCHITCHAINAN, POTHISIRI e LONG, 2015). Nesse sentido, os autores analisaram dados representativos em nível nacional de pesquisa sobre envelhecimento em Mianmar, Vietnã e Tailândia, em 2011 e 2012, onde vários sistemas de parentescos coexistem. Constataram que a convivência com crianças, no sistema de co-residência, melhora significativamente a saúde emocional dos idosos, mas com implicações diferentes em cada país.

Em um estudo sobre as características socioeconômicas demográficas das pessoas que não fazem atividades físicas no Reino Unido, Hunter *et al.* (2015) identificaram que as pessoas mais pobres, homens com idade a partir dos 55 anos e indivíduos com problemas de saúde são mais propensos a não praticarem atividade física. Os autores propõem com os achados da pesquisa, orientar as políticas públicas de saúde no país, adotando ações que possibilitem maior inclusão social.

Gargett (2010) identificou que nas últimas décadas aumentou o número de idosos que dependem de lar de idosos, na Austrália, mas também houve aumento de ações afirmativas do Estado por meio de políticas públicas governamentais para oferecer serviços a esse segmento populacional. Segundo Cheung (2013), as políticas públicas podem ser eficazes para a inclusão social das pessoas. Nesse sentido, o autor ao examinar a eficácia de oito políticas em Hong Kong, agora integrado à China, identificou que a implementação de três delas relacionadas à saúde dos idosos, à política de educação cívica e à empresa social, induziu efeitos positivos e significativos sobre a inclusão social de pessoas adultas e idosas.

Na África subsaariana, Berthé *et al.* (2013) afirmam que os idosos são uma população vulnerável ignorada pelas políticas públicas, e que para promover o desenvolvimento da África, deve-se melhorar as condições de vida das crianças, jovens, mulheres e também dos idosos. Os autores argumentam que existem quatro razões para essa perspectiva: razões sistêmicas, razões éticas e humanitárias, razões de desenvolvimento e razões sobre as futuras gerações de jovens e adultos.

De acordo com Shen e Zeng (2014), as condições vantajosas na fase da infância melhoram a situação socioeconômica na fase adulta e, portanto, indiretamente, promove a saúde e longevidade nas idades mais avançadas. Os resultados do estudo dos autores na China sugerem que as políticas públicas que visam o bem-estar das crianças podem ter impactos de longo alcance na proteção de saúde entre os idosos.

A partir do exposto acima é essencial analisar o conjunto de políticas, programas e ações de atenção ao idoso numa perspectiva integrada, ou seja, compreender como as decisões públicas envolvem as mais diversas áreas no atendimento à população idosa.

2.3.4 Características e Perspectivas de Integração da Políticas Públicas do Idoso

Apesar das considerações teóricas acima sobre o envelhecimento, se faz necessário analisar os aspectos locais no contexto das políticas de desenvolvimento voltadas para fomento de condições adequadas para a melhoria da qualidade de vida da população, em particular da população de interesse desse estudo. Como afirma Matias-Pereira (2007), é função de o Estado contemporâneo ampliar de forma sistemática as oportunidades individuais, institucionais e regionais.

Dessa forma, o público idoso, em função de suas especificidades, necessidades e demandas, bem como pelo contínuo crescimento em todas as regiões e cidades brasileiras, requer dos gestores públicos políticas, programas, projetos e ações que permitam ao mesmo exercer atividades, sua cidadania, participar da sociedade e se integrar à sua comunidade.

A compreensão do processo de envelhecimento e suas decorrências exigem não apenas uma decisão política, mas uma política pública, que seja capaz de identificar as questões mais relevantes, para assim ser formulada, implementada e avaliada, alcançando os resultados pretendidos. Em essência, busca-se o bem estar do idoso numa sociedade envelhecida, que nos argumentos de Félix (2010), é uma questão multidisciplinar e heterogênea, pois ninguém envelhece do mesmo modo.

Segundo Alves e Vianna (2010), a presença da população idosa torna-se evidente na sociedade, e assim, passa-se a demandar mais serviços especializados por parte de todas as instituições. Os idosos, na perspectiva de Bódi (2012), são pessoas complexas que têm necessidades diversas, como médicas, econômicas, de transporte, de seguridade social. Para Oliveira (2013), as políticas públicas voltadas

ao idoso visam estabelecer e garantir direitos elementares básicos presentes na Constituição Federal de 1988 para um público que se encontra vulnerável na sociedade.

A formulação e implantação das políticas públicas requerem, para sua efetiva realização, a compreensão do tipo de demanda que se apresenta. Assim, Matias-Pereira (2007) apresenta os três tipos mais comuns de demandas:

- **Demandas novas:** são aquelas que resultam do surgimento de novos atores políticos ou de novos problemas. Novos atores são aqueles que já existiam antes, mas não eram organizados; quando se organizam para pressionar o sistema político, aparecem como novos atores políticos. Novos problemas, por sua vez, são problemas que ou não existiam antes ou que existiam apenas como “estados de coisas”, pois não chegavam a pressionar o sistema e se apresentar como problemas políticos a exigirem solução.
- **Demandas recorrentes:** são aquelas que expressam problemas não resolvidos ou mal resolvidos, e que estão sempre voltando a aparecer no debate político e na agenda governamental.
- **Demandas reprimidas:** são aquelas que se acumulam e o sistema não consegue encaminhar soluções aceitáveis, ocorrendo o que se denomina “sobrecarga de demandas”, que significa uma crise que ameaça a estabilidade do sistema. Dependendo da sua gravidade e da sua duração, pode levar até mesmo a ruptura institucional.

No contexto da população idosa, a demanda pode ser considerada nova, embora a população venha envelhecendo desde os anos 1970, o processo se acentua nos anos 1990, portanto é algo recente. Apesar disso, a elaboração de políticas públicas de longo prazo é essencial para acompanhar a mudança na população brasileira, a fim de permitir a esse segmento populacional formado pelas pessoas com 60 anos ou mais, condições de sustentação psicológica, social, cultural e econômica. E como alerta Oliveira (2013), em diferentes programas: previdência, social, moradia, saúde, cultura, trabalho, educação, segurança.

Em relação às faixas que correspondem à fase idosa, Netuveli *et al.* (2006) afirmam que as políticas públicas na quarta idade são para preservar a qualidade de vida, enquanto na terceira idade, são destinadas a maximizar a qualidade de vida e adiar o início da dependência física, com a sua necessidade de serviços de saúde e bem-estar.

De todo modo, a questão do envelhecimento deve entrar na agenda política, abordando os problemas e conflitos latentes desse processo, em função da complexidade e por envolver não apenas questões políticas, mas sociais, culturais, sociais e econômicas. Assim, pesquisas dessa natureza são relevantes para orientar tais programas, reduzindo os problemas de preconceito (MORI e SILVA, 2010) sofrido por essa população, que é retratada em termos negativos, em que a velhice é definida apenas pelo declínio físico e mental e de isolamento social (RUSZKOWSKA, 2013).

Nessa linha de pensamento, se o envelhecimento da população é aceito como uma evolução negativa, então este envelhecimento global deve evidenciar um problema para os governos e decisores públicos. Deve haver planejamento demográfico e econômico de longo prazo para indicar as políticas que os governos devem seguir com base nas tendências demográficas (YENILMEZ, 2014).

O desenvolvimento de políticas públicas para a pessoa idosa tem sido destaque na agenda de organismos internacionais para orientar as diretrizes das nações que ainda precisam implantar programas sociais e assistenciais para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional (FERNANDES e SOARES, 2012). Para Oliveira (2013), a necessidade de políticas públicas que atendam às demandas dessa população é para que se garantam os direitos básicos diante de um panorama hostil que a sociedade capitalista, muitas vezes, impõe ao idoso.

Argumenta-se que, mesmo havendo programas e políticas públicas de atendimento ao idoso para garantir tais direitos, não isenta a sociedade e a família de suas obrigações, inclusive, de possibilitar a participação do idoso nos serviços destinados a esse público.

Entretanto, no âmbito social, bem como na própria esfera familiar, enfatizam-se relações de discriminação, preconceito e marginalização com os idosos, por serem considerados sujeitos improdutivos e sem capacidades de aprender (OLIVEIRA, SCORTEGAGNA e OLIVEIRA, 2009; OLIVEIRA, 2013). Para os autores, para que seja possível reverter esse quadro, devem-se implantar políticas de atendimento ao idoso, tendo como objetivo maior evitar o isolamento social.

Nesse sentido, Moura e Souza (2012) destacam dois desafios que interferem e são influenciados pelas questões políticas, econômicas e sociais direcionadas à velhice: a autoimagem e a socialização. A autoimagem estabelecida pela pessoa idosa é um desafio no sentido de que reflete a forma como a sociedade trata o

idoso, podendo variar de acordo com cada grupo social. Na questão da socialização, o desafio ocorre porque são inevitáveis as mudanças nas relações sociais quando uma pessoa envelhece, com consequências por vezes negativas à autoimagem e saúde do idoso. Além disso, há uma crença de que o idoso apenas se socializará se ingressar em grupos específicos para sua faixa etária.

Ainda predomina no tema, na opinião de Cabral *et al.* (2004), um discurso midiático limitando-se a apresentar dados estatísticos, sem reflexão sobre os desdobramentos políticos sobre a inserção social do idoso e as suas reais possibilidades e necessidades. Segundo Wong e Carvalho (2006), o desafio ao Brasil para atender a população idosa relaciona-se à necessidade de geração de recursos e de construção de infraestrutura que permita um envelhecimento ativo, que é sinônimo de uma vida saudável, participativa e com seguridade social. Para Zouain, Oliveira e Barone (2007), as variações existentes nas demandas em função do envelhecimento e aos fatores culturais, sociais e regionais devem ser analisadas e consideradas na formulação de políticas públicas.

Entretanto, para um país com tendência de aumento da população idosa, requer mais que recursos humanos e infraestrutura para projetos específicos com delimitação de tempo, são necessárias políticas públicas de longo prazo em diversas áreas, como entretenimento, educação continuada, atividade física e, especialmente, saúde.

Neste último aspecto, Félix (2010) ressalta que para desvincular o aumento dos gastos de saúde do envelhecimento e garantir uma população idosa ativa e produtiva que favoreça a economia de um município, Estado ou país, é necessário elaborar e implementar políticas públicas. Por outro lado, afirmam Wong e Carvalho (2006), a demanda por cuidados de saúde relacionada à população idosa é diferente daquela apresentada por outros segmentos, devido à incapacidade e ao processo degenerativo.

Pois, embora a percepção da identidade relativa à Terceira Idade tenha uma conotação positiva dessa fase da vida, os problemas decorrentes da idade cronológica e biológica não desaparecem por completo, exigindo ações efetivas do governo e da sociedade. Esse aspecto é levantado por Veras e Caldas (2004), ao analisarem que embora haja uma relevância indiscutível dos programas educacionais, culturais e de lazer dirigidos aos idosos, é sabido que muitos idosos não se beneficiam destas atividades devido ao comprometimento de sua capacidade

funcional, decorrente da estreita relação entre o próprio processo de envelhecimento e a maioria das doenças que acometem o indivíduo idoso.

As políticas públicas dependem da ação governamental, mas instituições que protegem o idoso e a sociedade têm papel fundamental para levar essa questão até os governantes e cobrar medidas que venham a melhorar a vida do idoso. Nessa linha de pensamento, Cabral *et al.* (2004) reforçam que o envelhecimento é uma questão que exige da sociedade uma reflexão em seus padrões e costumes, e do Estado um redirecionamento de suas políticas de saúde e de inclusão social do idoso, proporcionando-lhes ações que venham resgatar a sua valorização e integração social e garantindo-lhe uma melhor qualidade de vida.

A fase da vida a partir dos 60 anos coincide, na maioria das vezes, com a aposentadoria e, conseqüentemente, com o tempo livre dos idosos. Entretanto, o que seria um benefício, torna-se um obstáculo à qualidade de vida, em função da ociosidade excessiva, e como afirmam Goulart Jr. *et al.* (2009), a quantidade de tempo livre pode surgir como um causador de sofrimento e depressão na velhice. Para Oliveira (2013), o tempo livre e a ociosidade podem se relacionar negativamente com o cotidiano do idoso.

Na visão de Moura e Souza (2012), a ocupação do tempo livre na velhice é um desafio desde que não ocorra em ocupação sem o discernimento do que é importante para o indivíduo em termos físicos, psicológicos e sociais, bem como deixar de considerar a questão de que o tempo não esteja, na verdade, sendo ocupado. Segundo Bódi (2012), as mudanças trazidas pela aposentadoria, além da falta de apoio social, doenças, deficiências, o pensamento da morte iminente são problemas que afetam a qualidade de vida e até a própria identidade do idoso.

Assim, as políticas públicas dirigidas ao lazer do idoso, como mecanismos de ocupação do tempo, são essenciais especialmente às pessoas idosas de menor poder aquisitivo (MORI e SILVA, 2010). Ainda de acordo com os autores, no campo do lazer para os idosos, o desafio ao Brasil é praticar mudanças que impliquem em transformações culturais, políticas, conceituais e de valores atribuídos ao lazer e às práticas sociais. Essas transformações incluem a superação dos estereótipos e preconceitos dirigidos aos idosos e ações consistentes e duradouras, que venham a suprir a demanda crescente, conforme identificado na tendência de envelhecimento contínuo no Brasil, nas próximas décadas.

Com outro olhar, Oliveira (2013) argumenta que as políticas públicas devem ser desenvolvidas considerando não apenas os idosos, e sua vulnerabilidade social, mas os mais diversos grupos populacionais que requerem cuidados específicos da sociedade e do governo, promovendo assim maior equilíbrio e desenvolvimento social. Para Alencar e Carvalho (2009), são grandes os desafios a serem enfrentados pelo Estado e a sociedade, do nível local ao nacional, referente ao envelhecimento da população, configurando um problema de ordem pública.

Pensar em políticas públicas para o idoso é considerar um sistema integrado constituído por um leque de programas e ações nas áreas de saúde, assistência social, segurança e combate à violência, educação, moradia, trabalho e renda, mobilidade e acessibilidade, seguridade social, lazer, cultura e esporte, que convergem para um objetivo comum, que é oferecer melhores condições de vida ao idoso.

Autores como Zunzunegui e Béland (2010) consideram que o setor de saúde pode agir como um catalizador para ações em outros setores. Para Leandro-França e Murta (2014), na prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento, é imprescindível o esforço conjunto entre governos, sociedade e pesquisadores na definição da agenda política e de pesquisa e na implantação de ações intersetoriais e integradas. De acordo com Giovanella *et al.* (2002), indicadores de saúde são instrumentos extremamente sensíveis para uma análise da desigualdade social, implicando na observação de que o setor de saúde pode desempenhar papel de liderança na formulação e implementação de políticas intersetoriais para a redução das desigualdades sociais.

A Saúde é um dos principais enfoques quando se analisa a pessoa idosa. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece as principais diretrizes das políticas públicas desse segmento populacional. Segundo Rodrigues (2014), a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, fez parte de um processo mais amplo de mudanças nas relações políticas entre o Estado e sociedade, reconhecendo a saúde como direito social a ser contemplado pelas políticas públicas. Sauerbronn (2014) realça que o SUS é considerado um *locus* privilegiado em que os interesses de organizam e as trocas entre os agentes produtores de bens e serviços de saúde se constroem socialmente, sendo o local onde as políticas de saúde se materializam e se desdobram em ações públicas.

O SUS, como ressaltam Oliveira *et al.* (2014), foi concebido como um sistema que deve conjugar ações e serviços, garantindo a integridade biopsicossocial dos usuários. No caso dos idosos, a concretização e fortalecimento de políticas públicas de saúde dependem do cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo SUS para esse segmento, o que nem sempre ocorre, alertam os autores. Para Brasil (2013) e Duarte, Lebrão e Lima (2005), as políticas públicas de atenção à saúde do idoso devem ser desenhadas e reorganizadas com um novo olhar sobre o ser humano, respeitando os princípios e diretrizes constitucionais do SUS e atendendo mudanças decorrentes das transições demográficas e epidemiológicas que vem ocorrendo no país.

Assim, o SUS constitui a maior política de inclusão social do Brasil, atendendo indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplante de órgãos e outros. Na assistência à saúde, é responsável exclusivo pelo atendimento de 140 milhões de brasileiros, que não têm plano de saúde privado (MENDES, 2013). Desde sua criação tem evoluído na extensão de cobertura dos serviços públicos de saúde, como ocorreu mais recentemente com o Programa Saúde da Família e o Mais Médico (COHN e BUDJOSO, 2015).

Quanto à assistência social compreende um conjunto de políticas, programas e ações no enfrentamento da pobreza e vulnerabilidade, e começou a ser adotada em vários países nos anos 1980, e difundida pelas organizações multilaterais. Abrange tanto os serviços e benefícios garantidos por lei, quanto uma gama de programas e ações dirigidos ao enfrentamento de diferentes níveis de privação, risco e vulnerabilidade, conduzidos por instituições públicas e privadas (VAITSMAN, ANDRADE e FARIAS, 2009).

A Constituição Federal de 1988 introduziu novos objetivos e formas de implementação da política de assistência social no país, fundamentados na descentralização federativa, maior protagonismo da esfera municipal e controle social por parte da população e conselhos setoriais. Em 2003, a proteção social é ampliada com a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) pela IV Conferência Nacional de Assistência Social, e a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004. A partir do SUAS foram criados os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), estruturas estatais que organizam e coordenam a rede prestadora de serviços locais para a população em situação de

risco e vulnerabilidade social, como idosos e crianças (SILVA *et al.*, 2008; VAITSMAN, ANDRADE e FARIAS, 2009; CAVALCANTE e RIBEIRO, 2012; DEGENSZAJN, COUTO e YAZBEK, 2012).

Dessa forma, são observadas mudanças na área de assistência social, com a criação de um sistema de proteção de caráter público e universal, definição clara de atribuições aos órgãos e agentes participantes e inserção de ações intersetoriais. De acordo com Vaitsman, Andrade e Farias (2009), alguns efeitos da expansão do sistema são verificados no Brasil, especialmente com as políticas e programas sociais implementados a partir dos anos 2000, como o Programa Bolsa Família (PBF), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e Benefícios de Proteção Continuada (BPC): diminuição da desigualdade de renda, construção da capacidade institucional no segmento de assistência social, e o significado social, político e simbólico de inclusão de um amplo segmento populacional, dentre eles os idosos, a um sistema público de assistência social.

Os autores Cavalcante e Ribeiro (2012) avaliaram o SUAS nos seus primeiros quatro anos de implantação nos municípios brasileiros, constatando que foi bem-sucedido na expansão das condições operacionais das prefeituras e no incremento da política de assistência social. Foi possível identificar redução da disparidade entre os municípios e a evolução da política foi mais concentrada nas cidades que apresentavam os piores desempenhos na gestão da assistência social.

Ainda nessa perspectiva, Silva *et al.* (2008) consideram que a implantação do SUAS deva ir além de um novo formato organizacional e operacional da política pública de assistência social, sendo relevante viabilizar uma formação aos gestores, técnicos, dirigentes de entidades assistenciais, funcionários, conselheiros e usuários sobre os novos procedimentos e princípios éticos, políticos e sociais que norteiam sua atuação.

As políticas públicas no Brasil de prevenção e combate à violência contra o idoso estão integradas com as de saúde e assistência social. Souza e Minayo (2010) relacionam vários tipos de violência que acometem o idoso, dentre elas a física, psicológica, abandono e econômico-financeira, sendo as principais vítimas os idosos mais dependentes e com menos acesso aos serviços de saúde. No Brasil, o grupo mais vulnerável à violência tem sido o menos focalizado pelas políticas públicas. As autoras identificaram que as políticas oficiais vão incorporando gradual e lentamente esse tema e oferecendo suporte para Redes de Proteção, especialmente as

implementadas na década de 2000 como o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa (2006).

Para Cavalcanti e Souza (2010), a violência constitui um fenômeno social complexo passível de prevenção, porém requer uma abordagem sistêmica abrangendo as esferas individual, familiar, comunitária, social e governamental, com políticas públicas de enfrentamento a essa questão. Assim, o Estado, a família e as organizações de apoio social emergiram como categorias estruturantes de rede de atenção ao idoso em situação de violência. No entanto, no estudo realizado no município do Rio de Janeiro, constatou-se em todas as esferas de atenção, a insuficiência de serviços e programas específicos para o idoso que tenha sido ou potencialmente seja vítima de violência, o não cumprimento de prioridade determinada pelo Estatuto do Idoso, e uma precária rede de apoio social nos cuidados da pessoa idosa dependente.

As políticas públicas de atenção aos idosos vítimas de violência e acidentes podem ser avaliadas a partir de indicadores que mostrem o cumprimento das mesmas (SOUZA e CORREIA, 2010). Os autores validaram um instrumento em pesquisa realizada, entre 2007 e 2008, em cinco capitais brasileiras (Brasília, Recife, Manaus, Curitiba e Rio de Janeiro), analisando a implantação do Estatuto do Idoso (2003), Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (2001) e Política Nacional de Saúde Mental (1998), para os níveis de atendimento pré-hospitalar, hospitalar, reabilitação e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No setor Educacional, Alves e Vianna (2010) defendem que a educação gerontológica deve fazer parte da elaboração de políticas públicas e do currículo escolar, com o objetivo de envolver crianças e idosos em atividades intergeracionais e, assim, promover impactos nas atitudes em relação aos idosos. As políticas públicas buscam superar preconceitos que ainda persistem e possibilitar a troca de experiências e inserir o idoso na vida escolar. Investir na educação e qualidade de vida na velhice irá refletir na saúde social e econômica da própria sociedade.

Para Oliveira, Scortegagna e Oliveira (2009), uma ação educacional eficaz permite mudanças e transformações na vida dos idosos, ultrapassando o sentido de mera transmissão de informação. A educação na velhice é um direito estabelecido por lei, conforme art. 20 a 25, do Capítulo V do Estatuto do Idoso (2003). Nesse sentido, os autores enfatizam que a educação na terceira idade volta-se para um âmbito diferenciado, não mais sendo um meio de assistencialismo aos envolvidos.

Isto porque o idoso não é apenas uma pessoa que necessita de atividades de lazer e recreação para ocupar seu tempo, mas de espaços em que cresça continuamente. Assim, as políticas públicas para esse segmento devem propiciar diversos âmbitos, como saúde, lazer, esporte e educação.

Autores como Alencar e Carvalho (2009) destacam a Política Nacional do Idoso, de janeiro de 1994, o qual delega ao Poder Público a condição de programar estratégias político-educativas adequadas ao processo de envelhecimento. Dessa forma, as universidades abertas à terceira idade emergem como instrumentos capazes de incrementar ações de caráter político-pedagógico aos idosos. De acordo com os autores, as ações educacionais, tais como de autoconhecimento e de desenvolvimento da criatividade, devem estimular o idoso a assumir suas limitações biológicas e conscientizá-lo a respeito de sua participação ativa na sociedade.

Na área de Lazer e Atividade Física, os autores estudam conjuntamente com a questão de saúde física e mental. Rocha *et al.* (2013) avaliam que vários fatores influenciam a prática de atividade física no tempo livre, com destaque para a escassez de espaços e atividades de lazer disponibilizada pelo poder público, combinada com as perdas funcionais decorrentes do processo de envelhecimento. Desse modo, é fundamental implementar políticas públicas de saúde e a criação de espaços de prática do lazer destinados aos idosos no âmbito do SUS, como equipamentos de lazer (quadras, pistas para caminhada, campos de futebol e piscinas) e programas de educação e saúde direcionados a mudança de comportamento e incentivo a adoção de estilo de vida ativo.

Para Moura e Souza (2012), é no campo do lazer que se discutem questões sobre o tempo livre na velhice, bem como da necessidade do idoso em se sentir produtivo, se relacionar e ser feliz. Os autores ressaltam que apesar das poucas ações governamentais no Brasil para receber a população idosa, é possível que o idoso seja reconhecido como agente social e autônomo em suas escolhas e na reivindicação de seus direitos. Não obstante, a frequência de idosos a espaços culturais e de lazer, como teatro, cinemas e espetáculos musicais, é limitada devido à carência de transporte eficiente, companhia ou segurança contra violência, constatando a necessidade de políticas públicas integradas.

Na concepção de Soares, Moura e Alves Jr. (2015), ainda ocorre descontinuidade das políticas públicas de lazer em municípios brasileiros. Dessa forma, os sujeitos participantes desse processo, dentre eles os idosos e os

executores, podem se tornar protagonistas no sentido de manter e continuar as propostas pedagógicas nas atuações em políticas públicas nesse campo. Que é possível desenvolver um projeto coletivo de envelhecimento, que passa pelas vivências corporais e pelo contato humano, em um contexto de interação social.

Quanto ao Idoso no Mercado de Trabalho, Goulart Jr. *et al.* (2010) afirmam que os avanços da medicina trouxeram melhores condições física e mental para o indivíduo e, assim, muitos idosos passaram a ter disposição e saúde para o trabalho. Porém, torna-se imprescindível garantir políticas públicas que atendam essa população, dando-lhe condições adequadas para exercerem seu potencial. Os autores ressaltam o artigo 26 do Estatuto do Idoso de 2003, que prevê que as pessoas a partir dos 60 anos têm direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas. E também o artigo 28 da Constituição Federal de 1988, em que o poder público deve criar programas de profissionalização para os idosos, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas.

O aumento da população idosa pode afetar a oferta e demanda de emprego no futuro, com implicações na economia dos países. Nesse sentido, Gomes e Pamplona (2014) argumentam que as políticas públicas de emprego podem resolver ou amenizar as consequências negativas decorrentes do processo de envelhecimento populacional sobre o mercado de trabalho e o crescimento econômico dos países. Os autores estudaram o assunto em países membros da OCDE (Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico), como Estados Unidos, Alemanha, Japão, França, Austrália, Canadá, Holanda, Reino Unido e Espanha, identificando que os mesmos estão incentivando o retorno ao trabalho de pessoas idosas, por meio de políticas públicas de emprego, especialmente as de reciclagem, treinamento, orientação e realocação.

No estudo sobre a permanência do idoso no mercado de trabalho, Queiroz e Ramalho (2009) analisam que esta permanência é evidenciada pela necessidade de complementar renda domiciliar e a postergação da aposentaria, como meio de aumentar o bem estar do idoso. Este fato se relaciona com a insuficiente proteção financeira do sistema de seguridade social no Brasil. Ademais, a ocupação de cargos e funções pelos idosos é influenciada por variáveis como idade, nível de escolaridade, condição sindical e localização regional. Os autores afirmam que devido a novos arranjos institucionais no Brasil para o adiamento da aposentadoria e

aumento da expectativa de vida, é provável que haja maior proporção de idosos na força de trabalho.

Por fim, a mobilidade e acessibilidade para idosos são direitos garantidos pela legislação brasileira, que tem a finalidade de proporcionar melhores condições de vida para essas pessoas. Para Blanco *et al.* (2014), tem crescido o uso dos sistemas de serviços públicos, como o transporte coletivo, por idosos ativos, demonstrando a importância da mobilidade para a manutenção da autonomia, independência e saúde desse segmento populacional. Diante do contexto, é imprescindível que se garanta a qualidade do transporte para atender o idoso, tendo como iniciativas essenciais políticas públicas que melhorem a qualidade do deslocamento urbano, segurança e adaptação do transporte às necessidades desse público.

Mas segundo Freire Jr. *et al.* (2013), as dificuldades de locomoção ou mobilidade estão presentes nas cidades brasileiras, que vão além do meio de transporte, como buracos e calçadas irregulares que prejudicam, sobretudo, os idosos e seu convívio social. Os autores ressaltam que o poder público municipal tem a responsabilidade de garantir a função social da cidade, e a acessibilidade urbana se apresenta como tema relevante que deve ter espaço garantido nas discussões e agendas das políticas públicas. Por meio de políticas ou programas de mobilidade é possível reduzir desigualdades sociais, promover a justiça social e melhorar a qualidade de vida urbana.

Seguindo nessa linha de dificuldades de locomoção, as quais denominaram de barreiras arquitetônicas, Amaral *et al.* (2012) analisam que a presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, buracos e esgotos em vias públicas, calçadas inadequadas, constituem obstáculos de acesso aos serviços de saúde por pessoas idosas, com mobilidade reduzida ou com deficiências. Dessa forma, os projetos de urbanização das vias públicas, dos parques e demais espaços deveriam ser formulados e executados com o objetivo de viabilizar o direito constituição de vir e vir de todos os extratos populacionais. De acordo com os autores, fatores como ausência de barreiras arquitetônicas, transportes públicos adaptados aos idosos, portadores de necessidades especiais e de mobilidade reduzida são essenciais para facilitar o acesso à saúde.

2.4 Síntese Conceitual

A fundamentação teórica descrita no capítulo permite o direcionamento de uma síntese conceitual que possa ser utilizada na elaboração dos instrumentos de pesquisas, no capítulo 2 sobre os procedimentos metodológicos e nas análises dos resultados da pesquisa empírica, no capítulo 4. Para cada abordagem, são considerados os conceitos essenciais que nortearão as interpretações dos achados, e os principais autores referenciados.

No Quadro 6 são apresentadas as abordagens teóricas sintetizadas: *Política Pública* (desenvolvimento de políticas públicas, aspecto interorganizacional e interinstitucional); *Política Pública Integrada* (inexistência de coordenação e integração, articulação interfederativa e intersetorialidade, transversalidade); *Descentralização e Municipalização* (empoderamento social, difusão de políticas locais, transparência pública); *Territórios e Gestão de Territórios* (espaço apropriado, heterogeneidade, desenvolvimento territorial e local); *Atores* (diversidade de interesses, participação na estrutura de governança); *Governança Pública* (ação colaborativa de atores, apoio institucional, coordenação e articulação interfederativa, transparência e legalidade); *Estrutura de Governança* (mecanismo de resposta ao usuário, relação entre atores em amplo espaço de atuação); *Novos Arranjos Institucionais* (agentes e atores habilitados, relações sociais, regras formais e informais, legitimidade); *Envelhecimento Populacional* (estágios do processo; envelhecimento ativo; expectativa de vida saudável; capacidade funcional; saúde e isolamento social do idoso; feminização da velhice; SUS e SUAS no contexto da política do idoso; terceira e quartas idades).

Quadro 6 – Síntese Conceitual

Abordagem	Conceitos Essenciais e Autores Referenciais
Política Pública	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvimento de políticas (Arretche, 2002; Draibe, 2002; Wu <i>et al.</i> 2014) -Decisões tomadas na solução de problemas sociais (Delgado <i>et al.</i> 2013) -Política pública e visão interorganizacional (Monteiro, 2006) -Interrelações institucionais e a complexa relação do sistema político administrativo na elaboração e execução (Propopiuck e Frey, 2009) -Programa é o conjunto de ações programadas e articuladas (Januzzi, 2014)
Política Pública Integrada	<ul style="list-style-type: none"> -Fragmentação e falta de coordenação (Wu <i>et al.</i>, 2014; Nascimento, 2010) -Articulação interfederativa e intersetorialidade, a união de esforços para melhorar os resultados (Zunzunegui e Beland, 2010) -Intersectorialidade e a organização horizontal de políticas, em ações como formulação, execução e monitoramento (Lotta e Favaretto, 2016) -Superação da setorização e especialização, articulação entre instituições governamentais e destas com a sociedade civil (Nascimento, 2010) -Transversalidade e otimização do acesso aos direitos sociais (Reis, 2015)
Descentralização e Municipalização	<ul style="list-style-type: none"> -Empoderamento social e maior participação da comunidade (Denhardt e Denhardt, 2003) -Difusão de políticas públicas no nível local de governo, transferindo responsabilidades, recursos e autoridades (Farah, 2008; Freitas <i>et al.</i>, 2012) -Governo municipal estabelece agenda própria no desenvolvimento de políticas sociais (Arretche, 2004) -Aproximação do cidadão das instâncias decisórias, desenvolvimento de políticas mais eficazes, e a transparência (Pinho e Sacramento, 2009)
Território e de Gestão de Território	<ul style="list-style-type: none"> -Território como espaço ocupado, de ação e poder (Dallabrida e Becker 2008) -Compreensão da heterogeneidade e complexidade (Llorens, 2001) -Interesses materializados, influências, estratégias (Rossi, 2013; Oliveira, 2014) -Desenvolvimento territorial, sistematização e articulação coletiva institucional, e os aspectos sociais, culturais e naturais (Finatto e Lenz, 2012) -Desenvolvimento local e a visão integrada e intersectorial (Martins <i>et al.</i>, 2010)
Atores	<ul style="list-style-type: none"> -Elementos catalizadores no processo de políticas públicas (Januzzi, 2014) -Materialização de diversos interesses na ação (Procopiuck e Frey, 2009) -Participação na estrutura de governança (Agronoff e McGuire, 2001) -Atores visíveis e invisíveis (Capella, 2006; Souza 2006; Raeder, 2014)
Governança Pública	<ul style="list-style-type: none"> -Ações colaborativas entre diversos agentes e atores (Tayana e Sayago, 2013) -Gestão, responsabilidade, transparência, legalidade, consenso (Ehrler, 2012) -Coordenação e articulação, interação com o ambiente (Secchi, 2009) -Relações interfederativas verticais e horizontais (Lotta e Favaretto, 2016) -Responsabilidade solidária e apoio institucional (Pereira e Campos, 2014)
Estrutura de Governança	<ul style="list-style-type: none"> -Natureza e alcance dos mecanismos de resposta ao usuário, além das implicações legais, regulamentares e institucionais (Rausser e Swinner, 2014) -Relação entre atores em um campo espaço de atuação (Lopes e Baldi, 2009) -Governança amparada em dimensões econômico-financeira, institucional-administrativa e sociopolítica (Ronconi, 2011)
Novos Arranjos Institucionais	<ul style="list-style-type: none"> -Agentes habilitados a realizarem determinadas transações (Fiani, 2014) -Atores firmam relações sociais, tendo regras e normas claras (Pereira, 2012) -Regras formais e informais que moldam comportamentos (Souza, 2006) -Legitimidade, redução de incertezas e ações coletivas (Ollaik <i>et al.</i>, 2011)
Envelhecimento Populacional	<ul style="list-style-type: none"> -Estágios do processo de envelhecimento (OMS, 2005) -Envelhecimento ativo e o aproveitamento de oportunidades de saúde, aprendizagem, participação social, proteção/segurança (ILC Brasil, 2015) -Expectativa de vida saudável (ILC Brasil, 2015) -Capacidade funcional: manutenção da autonomia (Kalache <i>et al.</i>, 1987) -Questão social do idoso: saúde e isolamento social (Kalache <i>et al.</i>, 1987) -Feminização da velhice e a solidão da mulher (Veras <i>et al.</i>, 1987; ILC Br 2015) -Terceira e Quarta Idades (Laslett, 1991; Silva, 2008; ILC Brasil, 2015) -Políticas Integradas, SUS e SUAS no contexto do idoso (Rodrigues, 2014)

Fonte: elaboração do autor.

CAPÍTULO 3: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta a metodologia adotada no estudo, destacando o quadro conceitual que embasa a pesquisa empírica, o tipo, o método e os sujeitos da pesquisa, as técnicas de coleta e análise dos dados e a operacionalização para alcance dos objetivos do trabalho.

3.1 Quadro Norteador da Pesquisa Empírica

Em distinção ao Quadro 6 que sintetiza os principais conceitos que norteiam a análise dos dados, o Quadro 7 a seguir define como as abordagens teóricas embasam a elaboração dos roteiros de pesquisa e as categorias de análises. Sobre *Políticas Públicas*, considerou-se a questão das políticas públicas integradas e a descentralização e municipalização dos programas. Da temática *Gestão de Territórios, Governança Pública e Arranjos Institucionais*, serão considerados os Atores presentes na estrutura de Governança Pública. Da abordagem *Mudanças Demográficas e as Políticas Públicas para o Idoso*, avaliaram-se aspectos como os programas brasileiros e as boas práticas e experiências internacionais.

Quadro7– Abordagens Teóricas que Embasam o Estudo Empírico

POLÍTICAS PÚBLICAS		
Item	Autores Referenciais	Aplicação Empírica
Ciclo da Política Pública	Wu <i>et al.</i> (2014), Arretche (2002), Januzzi (2014), Raeder (2014)	Análise da agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação
Política Pública Integrada	Wu <i>et al.</i> (2014), Nascimento (2010)	Avaliação da integração de áreas, secretarias e objetivos das políticas
Descentralização e Municipalização	Gohn (2004), Farah (2008), Freitas, Freitas e Dias (2012)	Análise das políticas no âmbito local, seus atores e comunidade
GESTÃO DO TERRITÓRIO, GOVERNANÇA PÚBLICA E ARRANJO INSTITUCIONAL		
Item	Autores Referenciais	Aplicação Empírica
Gestão de Território	Llorens (2001), Dallabrida e Becker (2008), Cattani e Ferrarini (2010)	Compreensão de espaço apropriado no local, marcado por atores territoriais
Atores	Januzzi (2014), Matias-Pereira (2010), Procopiuki e Frey (2009)	Levantamento dos atores que compõem o arranjo institucional na governança das políticas
Arranjos Institucionais	Rosseto e Rosseto (1999), Kuoppakanga (2013)	Avaliação da legitimação das políticas, por meio de regras e normas definidas
Governança Pública, Coordenação e Articulação	Secchi (2009), Matias-Pereira (2010), Kissler e Heidemann (2006), Ronconi (2011)	Definição das dimensões que condicionam a estrutura de governança
MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO		
Envelhecimento Populacional	Tabatabaei e Roostai (2014), Zanos, Morett e Rodrigues (2013), Kalache <i>et al.</i> (1987)	Análise do envelhecimento no Brasil e na cidade de João Pessoa – PB
Políticas/Programas/Ações	Brasil (2015), Wilinska (2012), Gomes, Loures, Alencar (2004), ILC Brasil 2015	Identificação das políticas municipais, estaduais e federais, e experiências internacionais.

Fonte: elaboração do autor

3.2 Método de Pesquisa Qualitativo

A pesquisa teve como suporte o método qualitativo de coleta e análise de dados, caracterizando-se como estudo de casos com abordagem qualitativa, de natureza descritiva.

O método qualitativo de pesquisa é aquele em que o investigador faz alegações de conhecimento com base em perspectivas construtivistas e/ou reivindicatórias/participatórias, e usa estratégias como narrativas, fenomenologias, etnografias, estudos baseados em teoria ou estudos de teoria embasada na realidade. O pesquisador coleta dados emergentes abertos com o objetivo principal de desenvolver temas a partir de dados (CRESWELL, 2007). Dados qualitativos geralmente são coletados utilizando-se algum tipo de entrevista não estruturada ou semiestruturada (HAIR *et al.*, 2005b). Quanto à Pesquisa Descritiva, Gil (2002) afirma que tem como finalidade a descrição das características de determinada população, ou estabelecer relações entre variáveis.

A pesquisa qualitativa foi utilizada no levantamento e análise de dados junto aos atores que configuram a estrutura de governança nas políticas públicas de atenção ao idoso, a intersetorialidade e interfederatividade no desenvolvimento das políticas e se as políticas públicas são integradas ou fragmentadas. Para isso, foram entrevistados os gestores, implementadores, técnicos, membros do Conselho Municipal do Idoso, e representantes de órgãos como Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa e Delegacia do Idoso. O estudo foi útil na descrição e análise do modelo de governança existente no desenvolvimento e gestão das políticas públicas de atenção ao idoso.

3.3 Tipo de Pesquisa: estudo de casos

O estudo de caso, segundo Creswell (2014), consiste na pesquisa, de abordagem qualitativa, no qual o investigador possui casos claramente identificáveis e delimitados e busca fornecer uma compreensão em profundidade dos casos ou uma comparação de vários casos, envolvendo múltiplas fontes de informação, como observações, entrevistas, material audiovisual, documentos e relatórios. Neste tipo de pesquisa, como afirma Creswell (2012), o pesquisador pode explorar em profundidade, dentre outros, um programa, atividade ou processo.

Com base no conceito acima, a pesquisa foi classificada como Estudo de Caso porque detalhou a respeito da governança das políticas públicas de atenção

do idoso nos municípios de João Pessoa e Cuiabá, de modo a identificar os atores que configuram a governança pública, e analisar as dimensões que condicionam o seu funcionamento, classificadas em seis categorias: Econômico-Financeira, Sócio demográfica, Político-Legal, Estrutural-Administrativa, Institucional e Informacional.

Foram levantadas as políticas, programas, projetos e ações existentes nas localidades, descrevendo-as detalhadamente sobre ano de criação, finalidade, gestores e implementadores, atores participantes, arranjos institucionais e articulações existentes, secretarias municipais envolvidas e a estrutura de governança nas políticas públicas. Para isso, múltiplas fontes de informação foram usadas, conforme descrito na subseção 3.4 (Sujeitos da Pesquisa).

Quanto à classificação de Estudo de Caso, pode ser distinguido pelo tamanho do caso e pela intenção de análise (CRESWELL, 2014):

- **Tamanho do caso:** um indivíduo, vários indivíduos, um grupo, um programa inteiro ou uma atividade. No caso desse estudo, envolve um programa, que compreende o conjunto de Políticas Públicas de Atenção ao Idoso no Município de João Pessoa, Capital da Paraíba, e Cuiabá, Capital de Mato Grosso.
- **Intensão de análise:** estudo de caso instrumental único (concentrado em uma questão), estudo de caso coletivo (múltiplos casos para ilustrar uma questão) e estudo de caso intrínseco (o caso apresenta uma situação incomum ou única). Esse estudo se enquadra na classificação Estudo de Caso Coletivo, de caráter comparativo em dois municípios.

3.4 Sujeitos da Pesquisa

Em pesquisas qualitativas, a seleção de amostra tem por objetivo obter a máxima informação possível para a fundamentação do projeto de pesquisa. Ao invés de uniformidade, a amostra procura a máxima variação, sendo escolhida de forma intencional e não probabilística, a partir de critérios específicos, como o conhecimento mais profundo dos sujeitos sobre o problema a ser estudado, os que são mais facilmente abordáveis ou os que voluntariamente se mostram disponíveis para colaborar com a pesquisa (AIRES, 2011)

O estudo apresentou múltiplos sujeitos de pesquisa, utilizando como critério o conhecimento dos mesmos a respeito do problema investigado (AIRES, 2011). O levantamento abordou, nos municípios estudados, os gestores das políticas

públicas, os técnicos e implementadores, membros do conselho municipal dos direitos da pessoa idosa, conselho estadual dos direitos da pessoa idosa, conselho municipal de assistência social e delegacia do idoso.

Ademais, foi utilizada a técnica denominada Bola de Neve (ou *Snowball*), em que os entrevistados iniciais indicam novos participantes e, assim, sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (BALDIN E MUNHOZ, 2010).

No Quadro 8 são relacionados os sujeitos da pesquisa nos dois municípios, com um total de 97 entrevistados, sendo 53 em João Pessoa e 44 em Cuiabá.

Quadro 8 – Sujeitos da Pesquisa

SUJEITOS	QUANTIDADE	
	JOÃO PESSOA	CUIABÁ
Coordenador Geral do Centro de Referência da Cidadania (CRC)	1	0
Coordenadora da Política de Saúde do Idoso	1	0
Coordenadora do Clube da Pessoa Idosa	1	0
Coordenadora do Centro Intergeracional	1	0
Coordenadora do Centro-Pop	1	0
Coordenadoras da Atenção Básica na Assistência Social (AS)	1	1
Coordenadores dos Centros de Referência da Cidadania	10	0
Coordenadores dos Centros de Convivência de Idosos (CCI)	1	4
Coordenadores de Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI)	4	0
Coord. Centro de Referência Especializado de Assis. Social (CREAS)	3	2
Coord. e Técnicos dos Centros de Referência da Assis. Social (CRAS)	11	14
Coord. Atenção Especializada (Média e Alta Complexidades) na AS	2	1
Coord. do Programa de Atenção à Política da Pessoa Idosa (PAPPI)	1	0
Gestoras da Política de Educação para Idosos	0	2
Membros dos Representantes do Governo no Conselho do Idoso	5	5
Membros dos Representantes da Sociedade Civil no Conselho	3	5
Presidente do Conselho Estadual dos Direitos do Idoso	1	1
Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS)	1	1
Presidente do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso	1	1
Presidente da Delegacia do Idoso	1	0
Técnica da Política de Saúde do Idoso	0	1
Técnicos/Implementadores do Projeto de Esporte para Idosos	0	4
Técnicos de Grupos de Convivência de Idosos	3	2
Total Geral: 97	53	44

Fonte: elaboração do autor

Como forma de identificar o ponto em que a pesquisa cessará foi considerada a teoria do ponto de saturação, no qual a coleta de dados é interrompida quando se constata que novos elementos para subsidiar o aperfeiçoamento teórico no estudo não são mais apreendidos a partir das entrevistas e observações (FONTANELLA *et al.*, 2011). A amostragem por saturação é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em pesquisas qualitativas, interrompendo a captação de novos componentes em função da redundância que os dados obtidos passam a apresentar e da pouca contribuição que novos participantes darão ao estudo (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008).

Ainda segundo Fontanella e Magdaleno (2012), fatores cognitivos do pesquisador ajudam a determinar o quanto de dados advindos dos elementos amostrais são suficientes, necessários e possíveis para alcançar o adensamento teórico pretendido. Porém, muitos dados poderão ser ignorados ou descartados pela impossibilidade de serem avaliados como dados. Riscos nessa abordagem podem ocorrer caso o pesquisador tenha convicção de que novas pesquisas não acrescentam nada de novo, resultando numa avaliação errônea sobre o fechamento da amostra. Uma matriz teórica insuficiente do pesquisador também pode explicar essa indisponibilidade. Por outro lado, fatores do domínio dos sujeitos pesquisados também podem gerar dificuldades de compreensão sobre a saturação da amostra, principalmente quando estes têm dificuldade ou incapacidade para transmitir verbalmente determinados elementos de maneira clara para o raciocínio lógico do pesquisador.

3.5 Coleta de Dados

Os procedimentos de coleta na pesquisa qualitativa envolvem quatro tipos básicos (CRESWELL, 2007):

- **Observações:** o pesquisador em campo registra, de uma maneira não estruturada ou semi-estruturada, o comportamento e atividades das pessoas no local de pesquisa.
- **Entrevistas:** o pesquisador conduz entrevistas face a face com os participantes, por telefone ou com grupos focais, entre 6 e 8 entrevistados em cada grupo. Essas entrevistas envolvem poucas perguntas não-estruturadas e geralmente abertas, que pretendem extrair visões e opiniões dos participantes.
- **Documentos:** o pesquisador pode coletar dados em documentos públicos (por exemplo, jornais, atas de reunião, relatórios oficiais) ou documentos privados (por exemplo, registros pessoais, cartas, e-mails).
- **Material de áudio e visual:** o pesquisador pode obter dados em forma de fotografias, objetos de arte, vídeo ou qualquer forma de som.

Nesta pesquisa a coleta de dados ocorreu por meio de pesquisa documental e roteiros de entrevista com os atores definidos anteriormente. O roteiro de perguntas abertas abrangeu, de forma ampla, as temáticas essenciais ao alcance dos objetivos a partir do referencial teórico pesquisado (Capítulo 2), incluindo

desenvolvimento das políticas públicas, atores participantes, estrutura governamental presente na elaboração e implementação das políticas, governança pública, arranjo institucional, intersetorialidade e articulação interfederativa.

Para Gil (2002), a pesquisa documental utiliza-se de materiais ainda não tratados analiticamente, ou de outros que possam ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. Ressalta-se, com base em Creswell (2014), que a coleta de dados em uma pesquisa de estudo de caso é extensa, baseando-se em diversas fontes de informação como observação, entrevistas documentos e materiais audiovisuais.

Dessa forma, a coleta de dados segue os preceitos da abordagem de triangulação, que permite coletar informações a partir de fontes, espaços e tempos diferentes (FIGARO, 2014). A triangulação refere-se ao uso de múltiplos métodos (qualitativo e quantitativo), técnicas de coleta de dados (entrevistas, roteiros, questionários, observação e notas de campo, documentos) ou fontes de dados (AZEVEDO *et al.*, 2013).

A pesquisa documental foi adotada no levantamento acerca das políticas públicas, como leis (federais, estaduais e municipais), atas de reunião, matérias de jornais e outras mídias, e-mails, cartilhas, planilhas, regimentos internos, editais, diários oficiais e relatórios oficiais e mapas. No levantamento com gestores, técnicos e implementadores, utilizou-se roteiro para entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE 1). Por meio dessas pesquisas, foi possível identificar e descrever cada política existente, os atores estatais, paraestatais e não estatais que configuram o arranjo institucional na governança das políticas, secretarias municipais envolvidas e a interfederatividade.

A coleta junto aos membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa ocorreu por meio de roteiro de perguntas para entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE 2), em que foram coletados dados sobre as características do conselho, o papel do mesmo na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas, além de como o conselho avalia a integração ou não das políticas públicas, a importância de atores no processo, a institucionalização e seu papel na governança das políticas públicas. Além disso, os representantes governamentais e não governamentais foram entrevistados com a finalidade de identificar seu papel junto aos conselhos do idoso e no contexto das políticas públicas desenvolvidas (APÊNDICE 3).

Outros atores participaram da pesquisa, como o Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa, Conselho Municipal de Assistência Social e Delegacia do Idoso, no sentido de identificar o papel dos mesmos no desenvolvimento das políticas públicas e, sobretudo, no acompanhamento e fiscalização das mesmas (APÊNDICE 4).

Entrevistas não estruturadas são conduzidas sem o uso de uma sequência de perguntas (HAIR *et al.*, 2005b). Já as entrevistas semiestruturadas (ou semidiretivas) são mais curtas e mais fáceis e devem ser registradas e integralmente transcritas (BARDIN, 2012). Nessa pesquisa a entrevista semiestruturada ocorreu com uma sequência prévia de perguntas elaboradas com base na literatura, mas que não segue necessariamente a ordem inicialmente prevista.

A coleta de dados em João Pessoa ocorreu nos meses de agosto e outubro de 2016, e na cidade de Cuiabá, em setembro e novembro de 2016. A abordagem foi a pessoal, com visitas aos locais. Em poucos casos utilizou-se também o telefone.

Registre-se que nos levantamentos foram redigidas cartas de encaminhamento elaboradas pela Instituição de Ensino (APÊNDICES 5, 6 e 7), de modo a permitir o acesso do pesquisador a cada sujeito pesquisado no âmbito do município. As prefeituras municipais de João Pessoa – PB e Cuiabá – MT, a partir da Secretaria de Desenvolvimento Social e Secretaria de Assistência Social e Desenvolvimento Humano, respectivamente, emitiram documento encaminhando o pesquisador para ter acesso aos órgãos competentes que atuam no desenvolvimento das políticas públicas para idoso (APÊNDICES 8 e 9).

3.6 Tratamento e Análise de Dados

A análise de dados foi feita à luz dos objetivos do estudo, tendo como método a análise de conteúdo e as técnicas de mapeamento e triangulação de dados.

A análise de dados na pesquisa de método qualitativo consiste em extrair sentidos dos dados de texto e imagem. Envolve preparar os dados para análise, conduzir análises diferentes, aprofundar-se no entendimento dos dados, fazer representação dos dados e uma interpretação do significado mais dos dados (CRESWELL, 2007).

A Análise de Conteúdo consiste na obtenção de dados por meio da observação do conteúdo ou mensagem de texto escrito (HAIR *et al.*, 2005b). Esse

método de análise consiste na elaboração de um quadro categorial, privilegiando a repetição de frequência dos temas (BARDIN, 2012). Para o autor, a categorização classifica os elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, depois reagrupadas segundo um gênero (analogia), e categoria corresponde às rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) com características comuns em um título genérico.

O mapeamento de dados foi usado de modo a definir as categorias de análise e os elementos constitutivos de cada categoria. Autores como Lucena e Barros (2005) utilizam o mapeamento cruzado, que é um procedimento para comparar dados aparentemente semelhantes, no intuito de identificar similaridades e validar o objeto de estudo.

Quanto à triangulação de dados, é uma técnica que contribui para que os resultados alcançados possam ser verificados a partir de diferentes níveis de análise (FIGARO, 2014). Na triangulação, os dados são coletados a partir de fontes distintas oferecendo uma descrição mais rica e detalhada do fenômeno (AZEVEDO *et al.*, 2013). A análise por triangulação consiste na adoção de um comportamento reflexivo-conceitual e prático do objeto de estudo sob diferentes perspectivas, possibilitando maior riqueza de interpretações da temática e aumento da consistência dos achados e conclusões (MARCONDES e BRISOLA, 2014).

Minayo (2010) analisa a triangulação a partir de três dimensões:

- A primeira é usada para *Avaliação Aplicada* a programas, projetos, disciplinas, abrangendo avaliadores externos e internos, e combinando e cruzando múltiplos pontos de vista.
- A segunda refere-se à *Coleta de Dados*, o qual o pesquisador utiliza várias técnicas a fim de ampliar o universo informacional, como grupo focal, entrevista, aplicação de questionário e observação.
- A terceira envolve a *Análise das Informações* coletadas a partir de dois momentos distintos que se articulam dialeticamente, favorecendo a visão total e sistêmica relativa ao objeto de estudo e a unidade entre os aspectos teóricos e empíricos, imprimindo o caráter científico ao estudo. O primeiro momento diz respeito à preparação dos dados coletados, a partir de procedimentos que objetivam a organização e o tratamento das narrativas. O segundo compreende a análise das informações a partir da percepção dos

sujeitos sobre a realidade investigada e das relações estabelecidas entre os dados coletados e a teoria de referência.

Na pesquisa foram adotadas as três dimensões definidas por Minayo (2010), na *Avaliação Aplicada*, pois o estudo trata de certa forma, da avaliação de políticas públicas e programas sociais, na *Coleta de Dados* a partir de várias técnicas e fontes de evidências, e na *Análise dos Dados*, com a preparação, categorização, cruzamento e relação entre os achados empíricos e a teoria levantada.

Para Marcondes e Brisola (2014) a Análise por Triangulação de Métodos está presente na preparação do material coletado e na articulação de três aspectos inerentes ao processo de análise. O primeiro refere-se aos dados empíricos e às narrativas dos entrevistados levantadas com a pesquisa; o segundo compreende o diálogo com os autores que estudam a temática da pesquisa; o terceiro diz respeito à análise de conjuntura sobre o objeto de estudo.

A análise de conteúdo foi aplicada para identificar os atores que configuram a estrutura de da governança, as dimensões essenciais ao funcionamento da governança, as características de cada política/programa/ação social existente no município, nos dados levantados junto aos sujeitos pesquisados.

3.7 Operacionalização para o Alcance dos Objetivos

Para cada objetivo do trabalho, contemplando objetivo geral e específicos, foram definidos os critérios de como foram alcançados, a forma de coleta e análise de dados, e a técnica ou ferramenta a ser usada. O Quadro 9 traz a referida descrição.

O objetivo principal, definido como a configuração dos arranjos de governança nas políticas públicas, foi atingido a partir da análise de dimensões, como a político-legal, sócio demográfica, econômico-financeira, estrutural-administrativa, informacional e institucional, e dos atores estatais, paraestatais e não estatais presentes na estrutura de governança. A partir dessas análises, desenvolveu-se um modelo conceitual que descreve a relação entre as dimensões, os atores e a governança, numa perspectiva da política pública integrada, intersetorial, interfederativa e continuada.

Quadro 9 – Procedimentos Operacionais para Alcance dos Objetivos

OBJETIVO GERAL	COLETA DE DADOS	ANÁLISE DE DADOS	TÉCNICA OU FERRAMENTA
Caracterizar os arranjos institucionais presentes no modelo estrutural de governança nas Políticas Públicas de Atenção ao Idoso (PPAI), com a identificação dos atores participantes e das dimensões que condicionantes à sua configuração e funcionamento, em João Pessoa e Cuiabá, tendo como marco temporal a promulgação do Estatuto do Idoso, em horizonte de tempo que vai de 2003 a 2016.	Pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com gestores, técnicos, implementadores, presidentes e conselheiros dos Conselhos Municipais e Estaduais dos Direitos da Pessoa Idosa, conselho municipal de assistência social e delegacia do idoso.	Análise de Conteúdo	Mapeamento e Triangulação de dados
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	COLETA DE DADOS	ANÁLISE DE DADOS	TÉCNICA OU FERRAMENTA
Descrever e analisar as características socioeconômicas e territoriais, mudança demográfica, e estrutura governamental e administrativa nos municípios.	Pesquisa documental	Análise de Conteúdo	Mapeamento e Categorização
Descrever as políticas públicas, programas, projetos e ações adotadas no período, nos referidos municípios, identificando as secretarias envolvidas, articulação interfederativa e demais atores participantes.	Pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com gestores, técnicos, implementadores das políticas públicas.	Análise de Conteúdo	Mapeamento e Categorização
Identificar e analisar as características de concepção e execução das políticas, programas, projetos e ações, bem como da gestão de territórios, institucionalização e legitimação.	Pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com gestores, técnicos, implementadores, conselhos do idoso e assistência social, delegacia do idoso.	Análise de Conteúdo	Mapeamento e Triangulação de dados
Analisar as formas de participação dos atores estatais, paraestatais e não estatais nos arranjos que configuram a governança das PPAI, considerando as dimensões que condicionam sua configuração e funcionamento.	Entrevistas semiestruturadas com gestores, técnicos, implementadores, conselhos do idoso e assistência social, delegacia do idoso.	Análise de Conteúdo	Mapeamento e Triangulação de dados
Identificar as repercussões das Políticas Públicas de Atenção ao Idoso junto aos municípios vizinhos de João Pessoa e Cuiabá.	Pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com gestores, técnicos, implementadores, e membros dos Conselhos do Idoso.	Análise de Conteúdo	Mapeamento e Triangulação de dados

Fonte: elaboração do autor.

Desse modo, a pesquisa consistiu nos seguintes passos:

- Elaboração do projeto de pesquisa;
- Redação da fundamentação teórica e metodologia;
- Qualificação do projeto de pesquisa;
- Correção do problema de pesquisa, objetivos, hipótese e justificativa;
- Definição dos territórios de pesquisa: João Pessoa e Cuiabá;
- Reformulação da fundamentação teórica a fim de adequar-se aos objetivos e problema de pesquisa;
- Elaboração dos instrumentos de pesquisa;
- Elaboração de cartas de encaminhamentos às instituições públicas onde foram realizadas as pesquisas;
- Contato com as instituições de estudo nos territórios;
- Levantamento de campo e pesquisa documental;
- Tratamento, tabulação e análise dos dados;
- Redação final da tese;
- Defesa do trabalho;
- Ajustes pós-defesa;
- Impressão da versão final.

Os procedimentos operacionais apresentados acima permitiram alcançar os resultados da pesquisa, confrontando-se os achados de campo com a teoria e, buscando avançar no conhecimento teórico sobre políticas públicas na perspectiva do envelhecimento populacional, conforme exposto no Capítulo 4, a seguir.

CAPÍTULO 4: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo discorre sobre os resultados da pesquisa, contemplando as características dos municípios estudados, a complexidade do desenvolvimento das políticas públicas de atenção ao idoso, os atores presentes no processo, a governança nas políticas públicas existente nos municípios e o modelo conceitual de governança no desenvolvimento de políticas públicas para idosos, bem como a possível influência de suas políticas públicas sobre os municípios vizinhos.

4.1 Descrição dos Municípios: João Pessoa e Cuiabá

Descreve-se e analisa-se nesta seção as características dos territórios pesquisados, no que se refere aos aspectos históricos, populacionais, culturais e socioeconômicos, mudanças demográficas, composição regional e territorial, bem como suas estruturas governamentais.

4.1.1 Características Históricas, Populacionais e Socioeconômicas

O município de João Pessoa foi fundado em 5 de agosto de 1585, numa colina à direita do Rio Sanhauá, pequeno afluente do Paraíba. Em homenagem ao santo do dia, o lugar tomou o nome de Nossa Senhora das Neves, até hoje padroeira da cidade. A capital teve ainda outras denominações, como Felipeia, Frederica, Parahyba do Norte e, em 4 de setembro de 1930 (Lei n. 700), teve seu nome mudado para João Pessoa, em homenagem ao Presidente do Estado, assassinado no Recife, em plena campanha política (IBGE CIDADES JOÃO PESSOA, 2016).

A população residente do município totaliza 723.515 habitantes, de acordo com o último Censo, sendo 46,3% do sexo masculino e 53,3% do sexo feminino, e 99,6% da população mora na zona urbana (Tabela 3).

Tabela 3 – Características Populacionais – João Pessoa - IBGE 2010

Gênero	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Homens	336.409	46,7	1374	50,3	337.783	46,7
Mulheres	384.376	53,3	1356	49,7	385.732	53,3
Total	720.785	99,6	2730	0,4	723.515	100

Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=250750&search=ljoao-pessoa>. Acesso em 21 de dezembro de 2016.

A população residente do município por grupo de idade está distribuída da seguinte forma (Tabela 4). Destaca-se que 611.738 são alfabetizados (84,6%), indicador essencial para o exercício da cidadania.

Tabela 4 – População Residente, por Grupo de Idade – João Pessoa - IBGE 2010

Grupo de Idade	População	%
0 a 14 anos	160.156	22,1
15 a 59 anos	488.723	67,5
60 anos ou mais	74.036	10,3
Total	723.515	100

Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=250750&search=|joao-pessoa>. Acesso em 21 de dezembro de 2016.

O rendimento domiciliar *per capita* é baixo, dado que 73,3% dos domicílios têm renda entre meio até dois salários mínimos e 10,5% com mais de cinco salários mínimos (Tabela 5). De acordo com o IBGE (2010), o valor do rendimento nominal médio dos domicílios rurais particulares permanentes era de R\$ 1.187,55 e dos domicílios urbanos, R\$ 3.263,64. Quando se analisa o valor do rendimento nominal mediano per capita dos domicílios rurais e urbanos, há uma substancial redução, com valores iguais a R\$ 355 e R\$ 510, respectivamente. O valor da mediana considera os valores até 50%, o que significa uma concentração de renda, pois metade da população tem rendimento muito baixo.

Tabela 5 – Rendimento Domiciliar – João Pessoa - IBGE 2010

Faixa de Renda	Nº de Domicílios	Percentual
Até meio Salário Mínimo	51.054	24,9
De meio até um Salário Mínimo	55.233	27,0
De um até dois Salários Mínimos	43.740	21,4
De dois até cinco Salários Mínimos	33.207	16,2
Mais de cinco Salários Mínimos	21.536	10,5
Total	204.740	100

Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=250750&search=|joao-pessoa>. Acesso em 21 de dezembro de 2016.

De acordo com o PNUD Atlas Brasil – João Pessoa (2013), a renda *per capita* cresceu em termos reais 99,8% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 483,07 em 1991, para R\$ 662,85 em 2000, chegando a R\$ 964,82 em 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, de renda domiciliar inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 34,35% em 1991, para 11,59% em 2010. Entretanto, o índice de Gini é 0,62 com alta concentração de renda. Por outro lado, houve redução de pessoas vulneráveis à pobreza, embora atingisse ainda 30,35% da população em 2010. Estes e outros indicadores socioeconômicos são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Indicadores Socioeconômicos de João Pessoa – Atlas PNUD 2013

Indicador	1991	2000	2010
Renda <i>per capita</i> (em R\$)	483,07	662,85	964,82
% Extremamente Pobres	12,28	6,56	3,48
% Pobres	34,35	22,87	11,59
% de Vulneráveis à Pobreza	57,52	45,42	30,30
% de Vulneráveis e Dependentes de Idosos	2,94	2,80	2,10
Mortalidade Infantil ¹	49,89	40,40	16,44
Índice de Gini ²	0,62	0,62	0,62

¹ – Número de óbitos de crianças (até um ano de idade) por mil nascidos.

² - É um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/joao-pessoa_pb. Acesso em 20 de dezembro de 2016.

Em relação à ocupação e trabalho da população com 18 anos ou mais, em 2010, tem-se: população economicamente ativa ocupada (66,03%), população economicamente ativa desocupada (9,57%) e população economicamente inativa (24,4%). Observa-se uma redução de aproximadamente 44% na taxa de desocupação entre 2000 e 2010, enquanto a taxa de ocupação tem uma pequena variação positiva no período. Nesse sentido, em 2000 é possível que houvesse maior número de pessoas procurando emprego. Na Tabela 7 apresentam-se dados sobre a ocupação, renda e formalidade em 2000 e 2010, observando um aumento na formalização e uma redução do grupo que recebe rendimento médio até 1 (um) salário mínimo.

Tabela 7 – Indicadores sobre Trabalho da População de 18 anos ou mais - João Pessoa – PNUD Atlas 2013

Indicador	2000	2010
Taxa de ocupação (atividade), em %	65,72	66,03
Taxa de desocupação, em %	17,04	9,57
Grau de formalização dos ocupados, em %	60,66	63,26
% dos ocupados com renda média até 1 SM ¹	45,37	17,56
% dos ocupados com renda média até 2 SM	71,26	67,74
% dos ocupados com renda média até 5 SM	88,38	86,89
% em ocupação informal e sem ensino fundamental completo	37,61	26,00

¹ – Salário Mínimo

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/joao-pessoa_pb#renda. Acesso em 20 de dezembro de 2016.

A cidade de Cuiabá foi fundada oficialmente em 8 de abril de 1719, cuja ata de fundação foi assinada por Paschoal Moreira Cabral, no local conhecido como Forquilha, às margens do rio Coxipó. O primeiro nome foi Vila Real do Senhor Bom Jesus de Cuiabá, tendo a denominação de Cuiabá quando elevada à condição de cidade pela Carta de 17 de setembro de 1818. Em 28 de agosto de 1835 foi declarada Capital da Província de Mato Grosso (IBGE CIDADES CUIABÁ, 2016).

Com 551.098 habitantes segundo o Censo 2010, 51,2% são mulheres e 48,8% são homens, 98,1% vivem na zona urbana, e da população rural, 55,4% são homens (Tabela 8).

Tabela 8 – Características Populacionais – Cuiabá - IBGE 2010

Gênero	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Homens	263.510	48,7	5.694	55,4	269.204	48,8
Mulheres	277.304	51,3	4.590	44,6	281.894	51,2
Total	540.814	98,1	10.284	1,9	551.098	100

Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=510340&search=mato-grosso|cuiaba|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>. Acesso em 21 de dezembro de 2016.

A distribuição populacional por grupos de idade em Cuiabá está descrita na Tabela 9. Destaca-se que 479.720 são alfabetizados (87%), indicador social importante ao desenvolvimento de um território.

Tabela 9 – População Residente, por Grupo de Idade – Cuiabá - IBGE 2010

Grupo de Idade	População	%
0 a 14 anos	126.425	22,9
15 a 59 anos	379.856	68,9
60 anos ou mais	44.817	8,1
Total	551.098	100

Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=510340&search=mato-grosso|cuiaba|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>. Acesso em 21 de dezembro de 2016.

Em 67,1% dos domicílios, o rendimento domiciliar *per capita* chega até dois salários mínimos, enquanto 11,1% alcançam mais de 5 cinco salários mínimos (Tabela 10). De acordo com o IBGE (2010), o valor do rendimento nominal médio dos domicílios rurais particulares permanentes era R\$ 1.990,61 e dos domicílios urbanos, R\$ 3.923,84. Por outro lado, ao avaliar o valor do rendimento nominal mediano *per capita* dos domicílios, os valores se reduzem para R\$ 340,00 (domicílios rurais) e R\$ 633,33 (domicílios urbanos). Isso significa que até metade dos domicílios se caracterizam pela renda baixa.

Tabela 10 – Rendimento Domiciliar – Cuiabá - IBGE 2010

Faixa de Renda	Nº de Domicílios	Percentual
Até meio Salário Mínimo	21.473	13,6
De meio até um Salário Mínimo	41.539	26,2
De um até dois Salários Mínimos	43.262	27,3
De dois até cinco Salários Mínimos	34.401	21,7
Mais cinco Salários Mínimos	17.624	11,1
Total	158.299	100

Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=510340&search=mato-grosso|cuiaba|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>. Acesso em 21 de dezembro de 2016.

A renda *per capita* cresceu em termos reais 88,7% nas últimas duas décadas, segundo o PNUD Atlas Brasil – Cuiabá (2013), passando de R\$ 615,55 em 1991, para R\$ 1.161,49, em 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, de renda domiciliar inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 20,89% em 1991, para 5,31% em 2010. O índice de Gini nesses dois períodos se manteve em 0,59 com alta concentração de renda e, portanto, muita desigualdade. Além desses indicadores socioeconômicos, a Tabela 11 mostra dados sobre a vulnerabilidade e pobreza, tendo uma redução na proporção de pessoas nessa condição entre 1991 (44,32%) e 2010 (17,21%).

Tabela 11 – Indicadores Socioeconômicos de Cuiabá – PNUD Atlas 2013

Indicador	1991	2000	2010
Renda <i>per capita</i> (em R\$)	615,55	882,97	1.161,49
% Extremamente Pobres	5,53	3,37	1,33
% Pobres	20,89	14,11	5,31
% de Vulneráveis à Pobreza	44,32	34,61	17,21
% de Vulneráveis e Dependentes de Idosos	1,14	1,58	0,81
Mortalidade Infantil (por mil nascidos)	26,5	23,6	15,5
Índice de Gini	0,59	0,63	0,59

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/cuiaba_mt. Acesso em 21 de dezembro de 2016.

No que se refere à ocupação e trabalho da população com 18 anos ou mais, em 2010, tem-se a seguinte composição: população economicamente ativa ocupada (73,6%), população economicamente ativa desocupada (6%) e população economicamente inativa (20,4%). Assim como ocorreu em João Pessoa, a redução da taxa de desocupação foi alta entre 1991 e 2010 (57%), enquanto o aumento da taxa de ocupação foi ligeiramente positivo. Ademais, na Tabela 12 são apresentados indicadores de ocupação, renda e formalidade em 2000 e 2010, observando um aumento na formalização, taxa de ocupação (atividade) e uma redução do grupo que recebe rendimento médio até um salário mínimo.

Tabela 12 – Indicadores sobre Trabalho da População de 18 anos ou mais - Cuiabá – PNUD Atlas 2013

Indicador	2000	2010
Taxa de ocupação (atividade), em %	71,76	73,62
Taxa de desocupação, em %	14,32	6,02
Grau de formalização dos ocupados, em %	58,30	65,63
% dos ocupados com renda média até 1 SM ¹	31,53	9,55
% dos ocupados com renda média até 2 SM	62,87	58,66
% dos ocupados com renda média até 5 SM	85,32	84,37
% em ocupação informal e sem ensino fundamental completo	32,64	20,97

¹ – Salário Mínimo

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/cuiaba_mt#renda. Acesso em 20 de dezembro de 2016.

Por fim, é apresentada uma síntese comparativa das características dos municípios de João Pessoa e Cuiabá na Tabela 13.

Tabela 13 – Comparativo das Características de João Pessoa e Cuiabá

Variável	João Pessoa	Cuiabá
Data de Fundação	05/08/1585	08/04/1719
Bioma	Mata Atlântica	Pantanal e Cerrado
Densidade Demográfica (hab./km ²)	3.379,96	155,19
Taxa de Urbanização (2010)	99,6%	98,1%
Composição da População (2010)	46,3% Homens 53,7% Mulheres	48,8% Homens 51,2% Mulheres
% do Setor de Serviços no PIB	73,3%	74,9%
% Rendimento Domiciliar <i>per capita</i> até 2 SM ¹	73,3%	67,1%
Rendimento <i>per capita</i> (2010)	R\$ 964,82	R\$ 1.161,49
% Pobres (2010)	11,59%	5,31%
Índice de Gini (2010)	0,62	0,59
População Economicamente Ativa ocupada (2010)	66,03%	73,62%
Grau de Formalização dos Ocupados	63,26%	65,63%

¹ – Salário Mínimo

Fonte: IBGE CIDADES (2010); PNUD ATLAR BRASIL (2013). Elaboração do autor.

As cidades são as mais antigas de suas respectivas grandes regiões brasileiras (Nordeste e Centro Oeste), fundadas por meio de ocupações e sem planejamento, influenciando suas estruturas urbanísticas e sociais até os dias atuais. Os dois territórios apresentam taxa de urbanização significativamente alta, o qual explica a grande diferença entre as suas densidades demográficas. O município de João Pessoa é formado basicamente por áreas urbanas, concentrando quase completamente sua população. Por outro lado, Cuiabá tem uma área rural maior, mas desabitada, diminuindo substancialmente sua densidade demográfica. Além desse aspecto, a taxa de urbanização pode explicar a participação acima de 73% do setor de serviços no PIB dos municípios.

Em termos socioeconômicos, o município de Cuiabá tem resultados melhores: com percentual menor de rendimento domiciliar *per capita* até dois salários mínimos, rendimento *per capita* 20,4% superior ao de João Pessoa, menos da metade da proporção de pobres observado em João Pessoa, maior índice de ocupação da população economicamente ativa e maior grau de formalização do pessoal ocupado. Esses indicadores se refletem não apenas no tipo de política pública social adotada, mas em sua abrangência, como veremos na seção 4.4. Por fim, destaca-se a alta concentração de renda e desigualdades sociais, demarcados pelos respectivos índices de Gini.

4.1.2 Mudanças Demográficas nos Territórios Estudados

Assim como vem ocorrendo em todas as regiões do Brasil (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; WONG e CARVALHO, 2006), os territórios em estudo também vêm passando por mudanças demográficas no que se refere ao envelhecimento populacional. Nas Tabelas 14, 15 e 16 são apresentados os dados populacionais – geral e de idosos – da região Nordeste, do Estado da Paraíba e do Município de João Pessoa, respectivamente, relativos aos Censos de 1991, 2000 e 2010. Em adição, o IBGE (2016) estimou as seguintes populações nesses territórios: Região Nordeste (56.915.936 hab.), Estado da Paraíba (3.999.415 hab.), Município de João Pessoa (801.718 hab.)

Tabela 14 – População Região Nordeste (Geral e de Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010

ANO	POPULAÇÃO NORDESTINA	POPULAÇÃO IDOSA	% IDOSOS/POPULAÇÃO
1991	42.497.540	2.549.852	5,99%
2000	47.741.711	4.020.857	8,42%
2010	53.081.950	5.456.177	10,28%

Fonte: IBGE (1991, 2000, 2010).

Tabela 15 – População da Paraíba (Geral e de Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010

ANO	POPULAÇÃO PARAIBANA	POPULAÇÃO IDOSA	% IDOSOS/POPULAÇÃO
1991	2.201.114	291.942	9,12%
2000	3.443.825	350.566	10,18%
2010	3.766.528	451.385	11,98%

Fonte: IBGE (1991, 2000, 2010).

Tabela 16 – População de João Pessoa - PB (Geral e de Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010

ANO	POPULAÇÃO PESSOENSE	POPULAÇÃO IDOSA	% IDOSOS/POPULAÇÃO
1991	497.306	34.736	6,98%
2000	595.329	48.672	8,17%
2010	723.515	74.636	10,32%

Fonte: IBGE (1991, 2000, 2010).

A população da Região Nordeste cresceu 25% entre 1991 e 2010, enquanto a população idosa teve um aumento significativo de 114%. Já a população do Estado da Paraíba teve um crescimento de 71,1% entre 1991 e 2010, bem acima da população idosa, que obteve incremento de 54,6% no período. Quanto ao município de João Pessoa, sua população cresceu 45,5% entre 1991 e 2010, e a população idosa um aumento de 114,9% nesse mesmo período. Observa-se que na Região Nordeste e no Município de João Pessoa, o incremento da população idosa foi maior que a registrada no Brasil entre 1991 e 2010 (92%), que passou de 10.722.705 para 20.589.699 idosos. É a confirmação da transição demográfica, com a presença cada vez maior de pessoas adultas e idosas (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987) e a consequente mudança de perfil populacional (SIMÕES, 2016).

A estrutura etária da população de João Pessoa entre os anos de 1991 e 2010 é descrita na Tabela 17, considerando três grupos etários e indicadores como a razão de dependência, taxa de envelhecimento e taxa de fecundidade. Houve uma redução da população dependente, passando de 61,85% em 1991 para 41,06% em 2010, em razão da redução de crianças e aumento da população da faixa de idade entre 15 e 64 anos. Reduziu-se também a taxa de fecundidade, passando de 2,5 para 1,5 filhos.

Tabela 17 – Estrutura Etária da População de João Pessoa - 1991, 2000 e 2010

Indicador	1991	%	2000	%	2010	%
Menos de 15 anos	166.262	33,41	166.213	27,80	160.782	22,22
15 a 64 anos	307.442	61,78	398.450	66,64	512.395	70,82
65 anos ou mais	23.896	4,80	33.271	5,56	50.338	6,96
Razão de dependência ¹	61,85%	-	49,87%	-	41,06%	-
Taxa de envelhecimento ²	4,80%	-	5,56%	-	6,96%	-
Taxa de fecundidade ³	2,5	-	1,9	-	1,5	-

¹ - Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

² – Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

³ – Número médio de filhos nascidos, por mulher até o final de seu período reprodutivo, em determinado espaço geográfico.

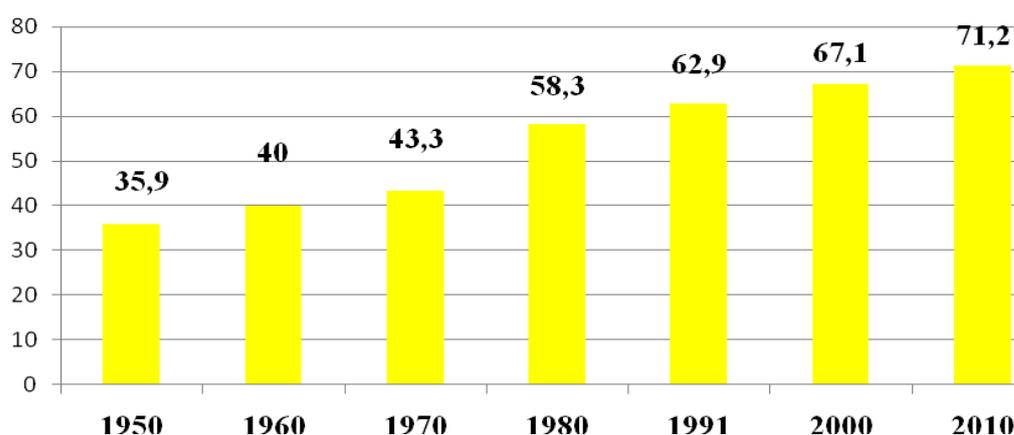
Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/joao-pessoa_pb#demografia. Acesso dia 20 de dezembro de 2016.

Isso demonstra uma sensível alteração na estrutura etária na localidade de estudo, com a presença crescente de idosos na população e a consequente necessidade de ação pública no atendimento a esse segmento. É fundamental que os gestores públicos considerem as recomendações da OMS (2015), pelas quais as políticas devem ser interfederativa, envolvendo todo os níveis de governo, de modo a proporcionarem às pessoas uma experiência positiva e saudável no envelhecimento; também Veras, Ramos e Kalache (1987) postulam que sejam amplas, expressivas e efetivas para ao menos atenuar os problemas sociais e de saúde decorrentes da idade. Acrescenta-se ainda, no campo das políticas, a busca pelo envelhecimento ativo, amparado em oportunidades de saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação social e segurança/proteção (ILC BRASIL, 2015a).

Ressalta-se que a maioria da população idosa é formada por mulheres, como registra o Censo 2010, com destaque para o nível municipal de João Pessoa: Brasil (homens 44,5% e mulheres 55,5%), Paraíba (homens 43,3% e mulheres 56,7%) e João Pessoa (homens 38,9% e mulheres 61,4%). Esses resultados corroboram com as pesquisas de Belon, Lima e Barros (2014) com a maior presença de mulheres idosas, de Veras, Ramos e Kalache (1987), com mais mulheres viúvas e solitárias, e do ILC Brasil (2015c), que destaca a feminização da velhice.

Outro indicador do IBGE reforça a mudança demográfica na região Nordeste e no Estado da Paraíba: a expectativa de vida da população. Em 1950 a esperança de vida ao nascer do habitante da região Nordeste era de 35,9 anos, passando para 58,3 anos em 1980, e 71,2 anos em 2010 (Figura 5). A região representava em 1980 a menor expectativa de vida no Brasil, porém foi a que apresentou maior crescimento entre 1980 e 2010 (12,9 anos; 22,1%).

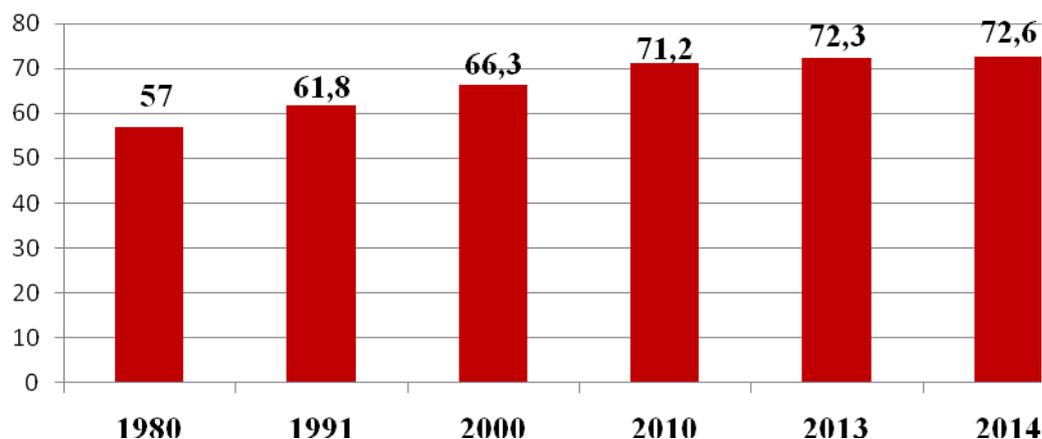
Figura 5 – Evolução da Expectativa de Vida na Região Nordeste, em Anos (1950-2010)



Fonte: IBGE (2010)

O Estado da Paraíba tinha expectativa de vida de 57 anos em 1980 e de 71,2 anos em 2010, acréscimo de 14,2 anos e superando a elevação nacional que foi de 11,4 anos. Estimativas mais atuais mostram o crescimento da expectativa de vida no Estado, o qual o IBGE estimou em 72,6 anos em 2014 (Figura 6).

Figura 6 – Evolução da Expectativa de Vida no Estado da Paraíba, em Anos (1980-2014)

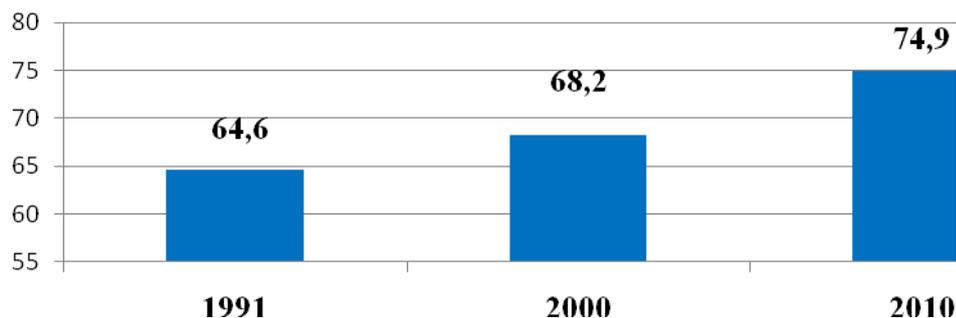


*Entre 1980 e 2010 (Censo), e entre 2013 e 2014, são estimativas; Fonte: IBGE (2010, 2015)

Quanto à expectativa de vida no município de João Pessoa, foram usados os dados do Atlas PNUD de 2013, indicando a esperança de vida ao nascer da

população em 1991, 2000 e 2010 (Figura 7), apresentando no período um crescimento de 10,3 anos (16%).

Figura 7 – Evolução da Expectativa de Vida em João Pessoa, em Anos (1991-2010)



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013)

Em relação ao segundo território do estudo, as transformações demográficas vêm ocorrendo, alterando o perfil populacional. Nas Tabelas 18, 19 e 20 são apresentados os dados populacionais – geral e de idosos – da Região Centro Oeste, do Estado de Mato Grosso e do Município de Cuiabá, respectivamente, relativos aos Censos de 1991, 2000 e 2010. Em 2016, o IBGE estimou as seguintes populações: Região Centro Oeste (15.660.988 hab.), Estado de Mato Grosso (3.305.531 hab.), Município de Cuiabá (585.367 hab.).

Tabela 18 – População Região Centro Oeste (Geral e de Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010

ANO	POPULAÇÃO CENTRO OESTE	POPULAÇÃO IDOSA	% IDOSOS/POPULAÇÃO
1991	9.427.601	487.573	5,17%
2000	11.636.728	769.489	6,61%
2010	14.058.094	1.238.134	8,81%

Fonte: IBGE (1991, 2000, 2010).

Tabela 19 – População de Mato Grosso (Geral e de Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010

ANO	POP. MATOGROSSENSE	POPULAÇÃO IDOSA	% IDOSOS/POPULAÇÃO
1991	2.027.231	88.080	4,34%
2000	2.504.353	144.318	5,76%
2010	3.035.122	239.626	7,89%

Fonte: IBGE (1991, 2000, 2010).

Tabela 20 – População de Cuiabá - MT (Geral e de Idosos): Censos 1991, 2000 e 2010

ANO	POPULAÇÃO CUIABANA	POPULAÇÃO IDOSA	% IDOSOS/POPULAÇÃO
1991	402.813	19.335	4,80%
2000	483.346	27.551	5,69%
2010	551.098	44.817	8,13%

Fonte: IBGE (1991, 2000, 2010).

A população da Região Centro Oeste teve um incremento de 49,1% entre 1991 e 2010, enquanto a população idosa um substancial aumento de 153,9%. Quanto à população do Estado de Mato Grosso, o crescimento foi de 49,7% entre 1991 e 2010, enquanto a população idosa obteve 172,1% de incremento no período. No

município de Cuiabá, sua população cresceu 36,8% entre 1991 e 2010, enquanto a idosa um aumento de 131,8% nesse mesmo período. Ressalta-se que a maioria da população idosa do Estado de Mato Grosso é formada por homens (51,7%), enquanto as mulheres são 48,3%, seguindo uma tendência contrária ao que ocorre no Brasil e no Estado da Paraíba. Em Cuiabá, as mulheres representam a maioria da população idosa, com índice de 55,1%, e os homens com 44,9% do total.

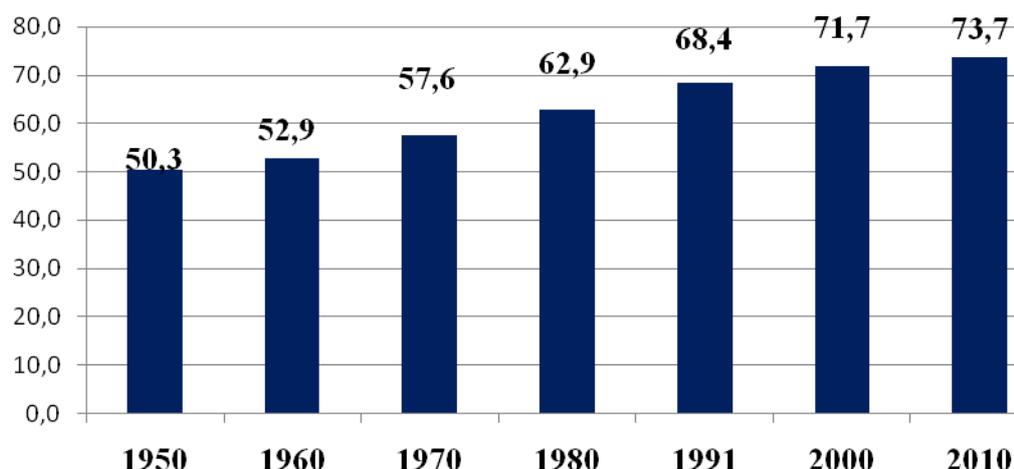
Além desses dados, a estrutura etária da população de Cuiabá entre os anos de 1991 e 2010 é apresentada na Tabela 21, indicando redução de crianças (menos de 15 anos) e aumento de idosos (acima de 64 anos). Houve redução da razão de dependência, passando de 63,87% em 1991 para 39,13% em 2010, bem como da redução da taxa de fecundidade, passando de 2,5 para 1,8 filhos.

Tabela 21 – Estrutura Etária da População de Cuiabá - 1991, 2000 e 2010

Indicador	1991	%	2000	%	2010	%
Menos de 15 anos	146.019	36,25	140.530	29,07	127.347	23,11
15 a 64 anos	245.656	60,99	325.089	67,26	395.252	71,72
65 anos ou mais	11.138	2,77	17.727	3,67	28.499	5,17
Razão de dependência	63,97	-	48,87	-	39,13	-
Taxa de envelhecimento	2,77	-	3,67	-	5,17	-
Taxa de fecundidade	2,5	-	2,0	-	1,8	-

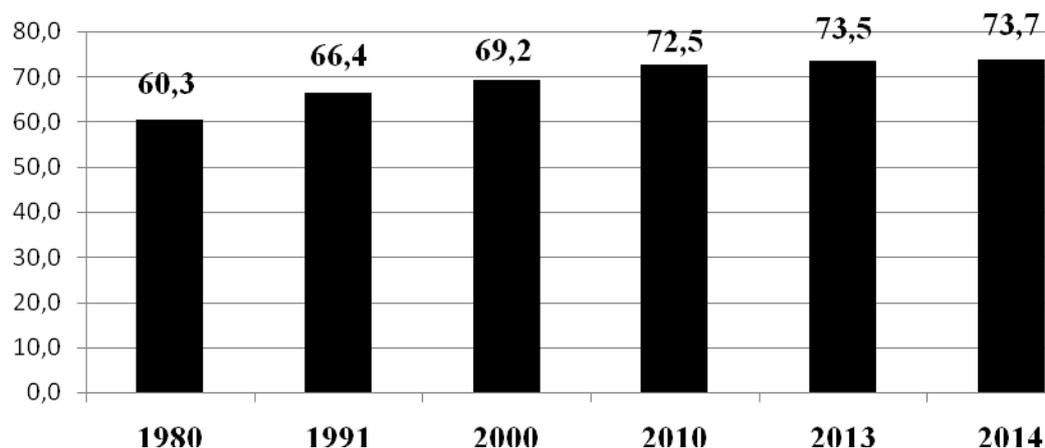
Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/cuiaba_mt#demografia. Acesso dia 21 de dezembro de 2016.

As mudanças demográficas na região Centro Oeste, Estado de Mato Grosso e Cuiabá são intensificadas pelo indicador Expectativa de Vida do IBGE e PNUD. No Centro Oeste brasileiro, a esperança de vida em 1950 era de 50,3 anos, 62,9 anos em 1980, e 73,7 anos em 2010 (Figura 8). Entre 1950 e 1980, o incremento atingiu 12,6 anos (25,1%), entre 1980 e 2010 um aumento de 10,8 anos (17,2%) sendo o segundo maior do Brasil nesse período, e entre 1950 e 2010 um ganho de 23,4 anos (46,5%). Conforme já observado anteriormente, a primeira colocada foi a Região Nordeste, e combinando com os dados da Região Centro Oeste, tem-se um contexto importante a ser analisado nas alterações populacionais nessas regiões, a partir do Censo 1991.

Figura 8 – Evolução da Expectativa de Vida na região Centro Oeste, em Anos (1950-2010)

Fonte: IBGE (2010)

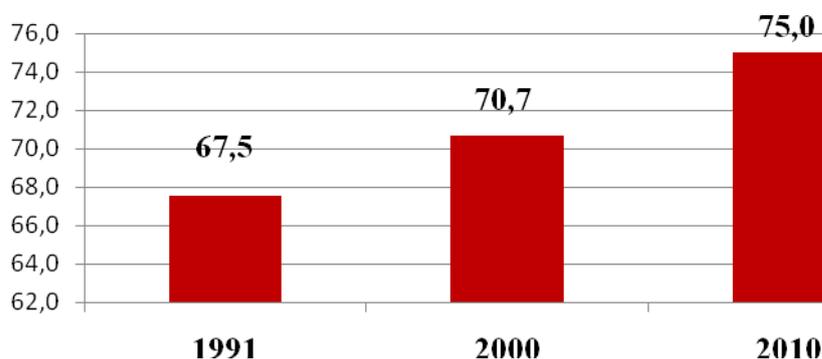
No Estado de Mato Grosso, em 1980, a esperança de vida ao nascer era 60,3 anos, passando aos 66,4 anos em 1991, e alcançando 72,5 anos em 2010. Entre 1980 e 2010, o aumento foi de 12,2 anos (20,2%), superando a elevação da média nacional de 11,4 anos. Em 2014, estimativas mostram o índice alcançando 73,7 anos (Figura 9). No nível estadual, constata-se dados superiores aos do Brasil, configurando maior longevidade da população mato-grossense e, portanto, relevantes para o estudo na perspectiva das políticas públicas para a população idosa.

Figura 9 – Evolução da Expectativa de Vida no Estado de Mato Grosso, em Anos (1980-2014)

Fonte: IBGE (2010, 2015)

*Entre 1980 e 2010, os dados são do Censo, e entre 2013 e 2014, são estimativas.

Em relação à Cuiabá, dados do Atlas PNUD (2013) mostram que a expectativa de vida da população chegou aos 67,5 anos em 1991, 70,7 anos em 2000 e 75 anos em 2010 (Figura 10), tendo um incremento de 7,5 anos (11,1%).

Figura 10 – Evolução da Expectativa de Vida em Cuiabá, em Anos (1991-2010)

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013)

Em termos comparativos entre João Pessoa e Cuiabá, buscou-se analisar os principais indicadores que mostram as alterações demográficas ocorridas nesses territórios a partir dos dados descritos na Tabela 22.

Tabela 22 – Comparativo da Mudança Demográfica: João Pessoa versus Cuiabá

INDICADOR	JOÃO PESSOA	CUIABÁ
População Censo 2010	723.515 hab.	551.098 hab.
População Idosa Censo 2010	74.636 (10,32%)	44.817 (8,13%)
Crescimento da População (1991-2010)	45,5%	36,8%
Crescimento da População Idosa (1991-2010)	114,9%	131,8%
População Idosa (Homens e Mulheres)	61,4% (Mulheres) e 38,9% (Homens)	55,1% (Mulheres) e 44,9% (Homens)
Expectativa de Vida (2010)	74,9 anos	75 anos
Crescimento da Expectativa de Vida (1991-2010)	10,3 anos (16%)	7,5 anos (11,1%)
Razão de Dependência (2010)	41,06%	39,13%
Taxa de Fecundidade (2010)	1,5	1,8
População Estimada IBGE 2016	801.718 hab.	585.367 hab.

Fonte: IBGE (1991, 2010), Atlas PNUD (2013). Elaboração do autor.

O município de João Pessoa tem uma população maior, tanto no aspecto geral quanto referente ao segmento idoso, bem como apresentou maior crescimento da população geral entre os anos de 1991 e 2010. Por outro lado, o município de Cuiabá obteve crescimento superior da população idosa nesse período. No que se refere ao gênero, João Pessoa tem um maior número de mulheres idosas, enquanto em Cuiabá a diferença percentual entre homens e mulheres é menor.

Em relação à expectativa de vida, observa-se um crescimento no município de João Pessoa entre os anos de 1991 e 2010, chegando aos 74,9 anos em 2010, dado muito próximo ao verificado em Cuiabá (75 anos), colocando as duas capitais em um cenário similar em torno desse indicador. Os dois territórios apresentam razão de dependência similar, relativa à população com idade inferior a 15 anos e superior a 64 anos, demonstrando mudanças parecidas na estrutura etária da população.

De todo modo, mais importante que a expectativa de vida em si é identificar o quanto o indivíduo, ao nascer, esperar viver de forma saudável, o que o ILC Brasil (2015a) denomina de Expectativa de Vida Saudável. Entretanto, esses indicadores não estão disponíveis, deixando uma lacuna para novos estudos sobre tais parâmetros nessas localidades.

Além dos indicadores já descritos e analisados posteriormente, outros são importantes para analisar as mudanças demográficas dizem respeito ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM e seus desdobramentos como o IDHM – Longevidade/Saúde.

O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013) traz os resultados relativos ao IDHM e seus três indicadores: Longevidade/Saúde, Renda e Educação. O Brasil vem desde 1991 melhorando seus resultados nos índices estabelecidos pelo PNUD (Tabela 23). O IDHM cresceu 0,224 (45,4%) entre 1991 e 2010 e o IDH-Longevidade, 0,154 (23,3%), demonstrando que a população brasileira está vivendo mais.

Tabela 23 – IDHM do Brasil (1991-2010)

ANO	IDHM	IDHM-Renda	IDHM-Longevidade	IDHM-Educação
1991	0,493	0,647	0,662	0,279
2000	0,612	0,692	0,727	0,456
2010	0,717	0,739	0,816	0,637

Fonte: PNUD (2013, 2016)

A Região Nordeste apresenta nos três anos números do IDHM inferiores aos registrados no Brasil (Tabela 24), mas obteve ganhos superiores aos nacionais entre 1991 e 2010 (0,27; 68,7%), o que pode significar uma melhoria nas condições de vida da população nordestina. O IDHM-Longevidade também teve crescimento superior ao Brasil, com incremento de 0,187 (31,4%), colocando a região em uma tendência de envelhecimento populacional, embora em termos absolutos continue abaixo dos índices do Brasil.

Tabela 24 – IDHM da Região Nordeste (1991-2010)

ANO	IDHM	IDHM-Renda	IDHM-Longevidade	IDHM-Educação
1991	0,393	0,534	0,595	0,197
2000	0,512	0,588	0,685	0,342
2010	0,663	0,656	0,782	0,569

Fonte: (PNUD, 2016)

O Estado da Paraíba, em linhas gerais, apresenta resultados nos Índices de Desenvolvimento Humano inferiores aos da Região Nordeste e do Brasil (Tabela 25) porém no IDH-Longevidade, em 2010, obteve índice ligeiramente superior (0,783) ao

observado na Região Nordeste (0,782). No cômputo geral, o incremento tanto do IDHM (0,276; 72,3%) quanto do IDHM-Longevidade (0,218; 38,6%), entre 1991 e 2010, foi superior ao crescimento registrado na Região Nordeste e no Brasil. Desse modo, é um Estado ainda carente de desenvolvimento humano, mas que vem melhorando gradativamente seus indicadores. Para isso, é recomendável a ampliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação e renda, mas também para grupos etários, como os idosos.

Tabela 25 – IDHM do Estado da Paraíba (1991-2010)

ANO	IDHM	IDHM-Renda	IDHM-Longevidade	IDHM-Educação
1991	0,382	0,515	0,565	0,191
2000	0,506	0,582	0,672	0,331
2010	0,658	0,656	0,783	0,555

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013)

No caso de João Pessoa, em 1991, o IDHM é superior (0,551) ao do Estado da Paraíba (0,382), Região Nordeste (0,393) e do Brasil (0,493), o mesmo ocorreu em 2000 e em 2010, atingindo nesse último índice ótimo (0,763). Atualmente, ocupa a posição 320^o entre os 5.565 municípios brasileiros na classificação, liderada pelo município de São Caetano do Sul, no Estado de São Paulo (0,862), e tendo como último colocado o município de Melgaço, no Estado do Pará (0,418).

No IDHM-Longevidade, o município supera os números do Estado da Paraíba e da Região Nordeste, e apresenta resultados similares aos do Brasil, nos anos de 1991 e 2000, mas superior em 2010 (Tabela 26). O crescimento observado do IDHM entre 1991 e 2010 (0,212; 38,5%) foi menor que o alcançado pelo Estado da Paraíba, Região Nordeste e Brasil, podendo deduzir assim uma melhoria do indicador em municípios menores e interioranos. O mesmo ocorreu em relação ao IDHM-Longevidade no município quando comparado o incremento no período (0,172; 26,1%) em relação ao Estado da Paraíba e Região Nordeste. Por outro lado, o IDHM-Longevidade obteve um crescimento superior ao do Brasil.

Tabela 26 – IDHM do Município de João Pessoa - Paraíba (1991-2010)

ANO	IDHM	IDHM-Renda	IDHM-Longevidade	IDHM-Educação
1991	0,551	0,659	0,660	0,384
2000	0,644	0,710	0,720	0,523
2010	0,763	0,770	0,832	0,693

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013)

Quanto ao outro território de estudo, discorre-se a seguir os dados da Região Centro Oeste, Estado de Mato Grosso e município de Cuiabá. Na Região Centro Oeste, o IDHM em 1991, 2000 e 2010 é maior que os índices do Brasil e,

principalmente, da Região Nordeste (Tabela 27). Entre 1991 e 2010, o IDHM cresceu acima (0,247; 48,4%) do indicador Brasileiro, porém menor que o crescimento da Região Nordeste, significando que esta apresentou melhorias no período. Referente ao IDHM-Longevidade, o indicador da Região Centro Oeste é superior ao do Nordeste e do Brasil. O incremento entre 1991 e 2010 foi menor (0,149; 21,6%) que o registrado no Nordeste e maior que o do Brasil. Nesse sentido, as duas regiões apresentam indicadores positivos, se destacando entre as demais.

Tabela 27 – IDHM da Região Centro Oeste (1991-2010)

ANO	IDHM	IDHM-Renda	IDHM-Longevidade	IDHM-Educação
1991	0,510	0,668	0,690	0,290
2000	0,639	0,720	0,777	0,467
2010	0,757	0,776	0,839	0,665

Fonte: (PNUD, 2016)

O Estado de Mato Grosso apresenta IDHM superior aos achados na Paraíba e inferior ao do Centro Oeste. Comparando aos resultados do Brasil, o IDHM é inferior nos anos de 1991 e 2000, sendo que em 2010, o índice de Mato Grosso supera o brasileiro (Tabela 28). O IDHM-Longevidade é maior que os encontrados no Brasil e Estado da Paraíba, e inferior se comparados ao do Centro Oeste. O incremento do IDHM (0,276; 61,5%) e IDHM-Longevidade (0,167; 25,5%), entre 1991 e 2010, é superior ao observado no Brasil e no Centro Oeste, e inferior ao registrado no Estado da Paraíba. Os Estados analisados vêm apresentando evolução nos indicadores, mas a Paraíba se destaca na melhoria em função dos baixos valores registrados em 1991.

Tabela 28 – IDHM do Estado de Mato Grosso (1991-2010)

ANO	IDHM	IDHM-Renda	IDHM-Longevidade	IDHM-Educação
1991	0,449	0,627	0,654	0,221
2000	0,601	0,689	0,740	0,426
2010	0,725	0,732	0,821	0,726

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013)

O município de Cuiabá tem o IDHM, nos três anos observados, superior aos registrados no Brasil, Região Centro Oeste e Estado de Mato Grosso, ocupando a 92ª posição do *ranking* de todos os municípios brasileiros (Tabela 29). Por outro lado, o incremento no período (0,216; 38%) foi inferior aos territórios supracitados, indicando que houve melhorias nas demais cidades se comparado a Cuiabá. O IDHM-Longevidade também é superior em relação aos territórios comparados, e menor se levado em conta o crescimento no período (0,172; 26,1%).

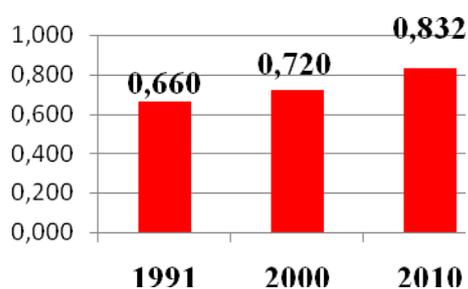
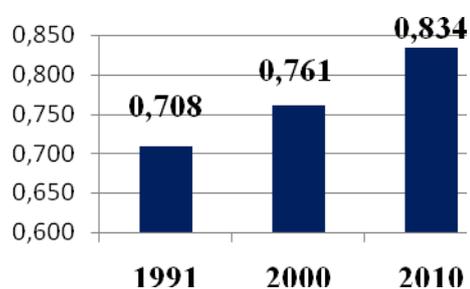
Tabela 29 – IDHM do Município de Cuiabá – Mato Grosso (1991-2010)

ANO	IDHM	IDHM-Renda	IDHM-Longevidade	IDHM-Educação
1991	0,569	0,698	0,708	0,372
2000	0,692	0,756	0,761	0,577
2010	0,785	0,800	0,834	0,726

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013)

Comparando os municípios de João Pessoa e Cuiabá, esta última apresenta IDHM superior, sendo que em 2010 a diferença diminuiu, atingindo 0,763 e 0,785, respectivamente. Observa-se que as duas capitais apresentam indicadores de longevidade diferentes em 1991 e 2000, com valores superiores para o município de Cuiabá. Entretanto, nas medições de 2010, o IDHM-longevidade de ambas tende à igualdade, demonstrando o avanço da expectativa de vida e das condições de saúde nessas localidades. Ressalta-se ainda que o incremento do indicador em João Pessoa foi superior (0,172; 26,1%) a Cuiabá (0,126; 17,8%). Nas Figuras 11 e 12 é mostrada a evolução do IDHM-Longevidade de João Pessoa e Cuiabá, respectivamente.

As mudanças demográficas que vêm se observando nos municípios nos últimos 25 anos resultam no surgimento de novas demandas e problemas decorrentes do envelhecimento populacional, na classificação de Matias-Pereira (2007), passando a pressionar o sistema mais recentemente por soluções para esses problemas. Caso os gestores públicos dessas localidades demorem a responder a essa demanda, ela pode se tornar reprimida, ou seja, se acumulará de tal forma que o sistema não conseguirá mais apresentar soluções aceitáveis, podendo ocorrer ruptura institucional.

Figura 11 – IDHM-Longevidade em João Pessoa**Figura 12 – IDHM-Longevidade de Cuiabá**

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013)

Por fim, outras análises podem ser ponderadas em relação ao IDHM. Em 1991, o Distrito Federal figurava-se como o maior IDHM-Longevidade/Saúde (0,731). Em 2010, o Estado da Paraíba ocupava o 23º lugar, com índice igual a 0,783 e o

Estado de Mato Grosso 0,821, portanto bem superior ao do Distrito Federal em 1991, demonstrando maior longevidade da população brasileira.

Em 1991, o município com maior IDHM era São Caetano do Sul – SP (0,697), abaixo do índice de João Pessoa – PB (0,763) e Cuiabá – MT (0,785), em 2010, consubstanciando a evolução do Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil. Ocorre ainda que na região Nordeste, o município de João Pessoa apresenta o sexto maior IDHM 2010 (0,763), abaixo de Parnamirim – RN (0,766), São Luís – MA (0,761), Aracaju – SE (0,770), Recife – PE (0,772) e Fernando de Noronha (0,788). Ademais, na região Centro-Oeste, Cuiabá figura-se na terceira colocação entre os maiores IDHM, sendo superada por Brasília (0,824) e Goiânia (0,799). Outros dois municípios de Mato Grosso estão entre os dez maiores IDHM da Região Centro-Oeste: Lucas do Rio Verde (0,768) e Nova Mutum (0,758).

4.1.3 Análise do Território: Regiões, Municípios, Distritos, Subdistritos e Bairros

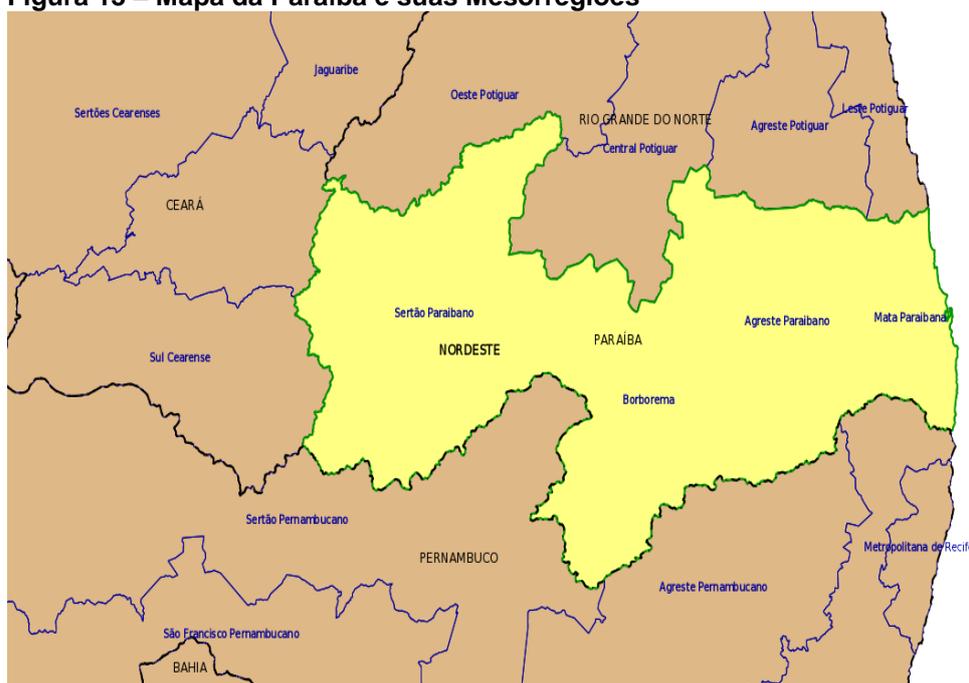
O Sistema SIDRA – Banco de Tabelas Estatísticas do IBGE contempla informações sobre distintos recortes territoriais: Estrutura Político-Administrativa, Áreas Especiais e Áreas Especiais IBGE. Nessa pesquisa, considerou-se os elementos pertencentes à *Estrutura Político-Administrativa* como Grande Região, Unidade da Federação, Mesorregião, Microrregião, Município, Distrito, Subdistrito e Bairro. Analisou-se ainda o fator Região Metropolitana, pertencente à categoria *Áreas Especiais*.

Essa análise se apoia no que afirma Brandão (2004), em que qualquer diagnóstico deve posicionar a cidade em seu contexto microrregional, mesorregional, estadual e nacional, e na tipologia de espaços territoriais funcionais de Berdegué *et al.* (2015) denominada Territórios Metropolitanos, que é a formação em torno de grandes cidades. Independentemente do nível territorial avaliado, é necessário considerar a heterogeneidade existente (FINATTO e LENZ, 2012), a realidade regional, socioeconômica e político-institucional (SILVA, 2012), os interesses contraditórios e as interações sociais (SANTOS, 2009).

O município de João Pessoa está localizado na *Grande Região* denominada Nordeste, sendo a Capital da *Unidade da Federação* Paraíba. Dentre as 4 (quatro) Mesorregiões do Estado da Paraíba (Sertão Paraibano, Borborema, Agreste Paraibano e Mata Paraibana) definidas pelo IBGE, o município se localiza na

mesorregião Mata Paraibana, onde se concentra a maior população do Estado, constituída de 30 municípios (1.393.482 habitantes, IBGE 2010), sendo João Pessoa o de maior importância política, com influência sobre os demais (Figura 13). Estimativas do IBGE, publicadas em 1 de julho de 2016, mostram que a população desse território totalizaria 1.571.934 habitantes. A gestão de territórios, nessa perspectiva de abrangência, avalia-se os problemas comuns aos municípios membros, mas especialmente o papel do maior município nesse contexto.

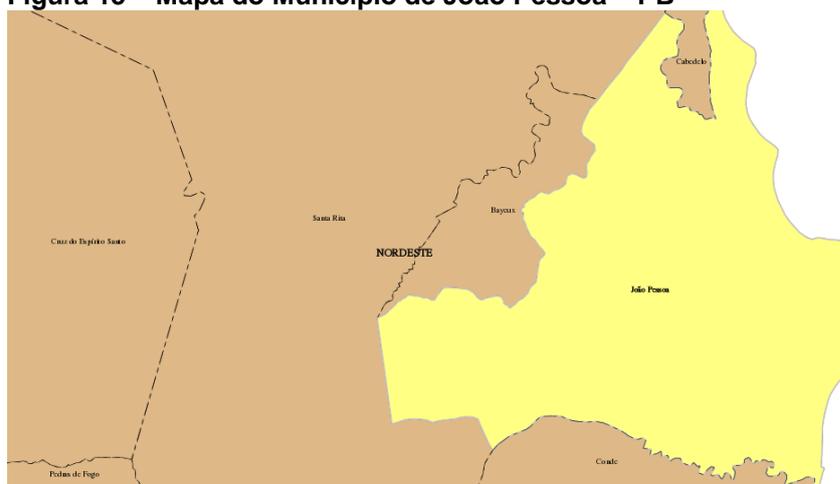
Figura 13 – Mapa da Paraíba e suas Mesorregiões



Fonte: <http://www.estatgeo.ibge.gov.br/mapa/mapa.html?nm8=1&nm3=1&nz=3&uz=25&ni=3&ui=25>. Acesso em: 26 mar. 2016

A cidade de João Pessoa tem em seu entorno 5 (cinco) cidades com características de conurbação: Santa Rita, Bayeux, Cabedelo, Lucena e Conde, que integram a microrregião de João Pessoa do IBGE (Figura 14). A capital tem uma extensão territorial de 211,474 km², e a microrregião de João Pessoa, uma área de 1.051,155 km², e população de 1.034.616 habitantes (Censo 2010). Estimativas do IBGE (2016) mostram que a população nessa região chegou a 1.138.419 habitantes. A aproximação geográfica e urbana nesse território facilita a mobilidade das pessoas entre municípios, inclusive no uso de serviços públicos, principalmente, na área de Saúde. Nessa perspectiva, a gestão de território no que diz respeito às políticas públicas de atenção ao idoso pode abranger essa microrregião, tornando a área relevante como análise do estudo.

Figura 15 – Mapa do Município de João Pessoa – PB



Fonte:

<http://www.estatgeo.ibge.gov.br/mapa/mapa.html?nm6=1&nz=6&uz=2507507&ni=6&ui=25075072>.

Acesso em: 26 mar. 2016

Em divisões de bairros, são 71 com diferentes características socioeconômicas e demográficas. Por exemplo, o bairro de Mangabeira é o mais populoso do município, com 76 mil habitantes (Censo 2010), o de Manaíra, um dos que apresentam maior renda (R\$ 3.940,00) e o São José, de menor renda média (R\$ 469,00), são situações diferentes e, assim, tornando relevante a análise de como as políticas públicas de atenção ao idoso alcançam essas localidades. A relação dos bairros será descrita completamente na subseção 4.4.3, sobre a gestão de territórios nas políticas públicas de saúde e assistência social, com a distribuição geográfica dos bairros por regiões no município de João Pessoa.

Em 30 de dezembro de 2003 foi criada a Região Metropolitana de João Pessoa, constituída por nove municípios: Bayeux, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Mamanguape, Rio Tinto e Santa Rita. Em seu Art.3, Parágrafo I, delibera sobre a criação do Plano de Desenvolvimento Integrado da Região Metropolitana e a programação dos serviços comuns (LEI COMPLEMENTAR 59/2003). Alterações na Lei incorporaram novos municípios: Alhandra, Caaporã e Pitimbu (Lei Complementar 90/2009) e Pedras de Fogo (Lei Complementar 93/2009). Em 2013, o município de Mamanguape foi excluído, mantendo 12 municípios na Região Metropolitana. Não obstante, este trabalho analisa a repercussão das políticas públicas de atenção ao idoso nos municípios que compõem o território denominado Microrregião de João Pessoa, e não em nível de Região Metropolitana.

Em relação ao município de Cuiabá, pertence à *Grande Região* Centro Oeste, sendo a Capital da *Unidade da Federação* Mato Grosso. Dentre as cinco Mesorregiões do Estado de Mato Grosso (Centro-Sul Matogrossense, Nordeste Matogrossense, Norte Matogrossense, Sudeste Matogrossense e Sudoeste Matogrossense) definidas pelo IBGE, o município de Cuiabá se localiza na mesorregião Centro-Sul Matogrossense, onde se concentra a maior população do Estado, em um total de 17 municípios (1.047.416 habitantes, IBGE 2010). Na estimativa do IBGE (2016), a população da região totaliza 1.106.132 habitantes. Cuiabá se caracteriza como o município de maior importância política e econômica, com influência sobre os demais (Figura 16).

Figura 16 – Mapa de Mato Grosso e suas Mesorregiões

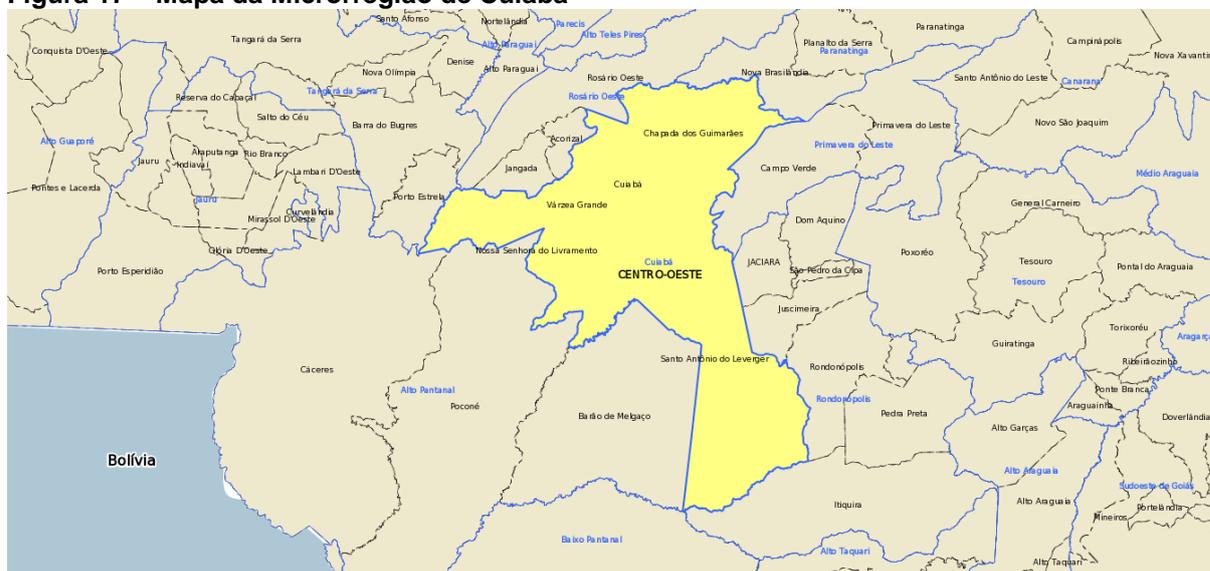


Fonte: <http://www.estatgeo.ibge.gov.br/mapa/mapa.html?nm8=1&nm3=1&nz=3&uz=51&ni=3&ui=51>
Acesso em: 22 jul. 2016

O município de Cuiabá tem em seu entorno a cidade de Várzea Grande, com características de conurbação. Estes dois municípios mais Santo Antônio do Leverger, Nossa Senhora do Livramento e Chapada dos Guimarães constituem o território denominado Microrregião de Cuiabá pelo IBGE (Figura 17). A aproximação geográfica dos municípios, sobretudo entre Cuiabá e Várzea Grande, torna o fluxo de pessoas mais intenso, desencadeando a existência de demanda nesses municípios a ser atendida em Cuiabá, como o uso dos serviços do Centro de Convivência de Idosos. A capital tem uma extensão territorial de 3.291,816 km², e a microrregião de Cuiabá, uma área de 27.928,04 km², e população de 851.587 habitantes (IBGE 2010). Segundo estimativas do IBGE (2016), essa população

chega a 906.316 habitantes. Nesse sentido, a governança das políticas públicas de atenção ao idoso pode abranger a gestão de território na microrregião estabelecida.

Figura 17 – Mapa da Microrregião de Cuiabá



Fonte:

<http://www.estatgeo.ibge.gov.br/mapa/mapa.html?nm9=1&nm6=1&nz=9&uz=51017&ni=9&ui=51017>

Acesso em: 22 jul. 2016

A Tabela 31 traz os dados populacionais dos demais municípios que integram a microrregião de Cuiabá. Os pequenos municípios apresentam proporção de idosos bem acima de Cuiabá, sendo que a maioria da população de idosos é do gênero masculino. Por outro lado, o município de Várzea Grande tem uma proporção menor de idosos em relação à Capital.

A presença maior de idosos nesses pequenos municípios pode estar relacionada à extensa área rural desses municípios, bem como comunidades ribeirinhas e tradicionais. Quanto ao município de Chapada dos Guimarães, apresenta um clima mais ameno (média de 22 graus, altitude de 836 metros) se comparado à Cuiabá, o que pode aumentar a migração de pessoas aposentadas, explicando esse contexto. De todo modo, são suposições que podem ser verificadas em outros estudos.

Tabela 31 – População (Geral e Idosa) dos Municípios da Microrregião de Cuiabá

MUNICÍPIO	POP. GERAL	POP. IDOSA	% IDOSOS/POPULAÇÃO
Várzea Grande	252.596	18.030	7,14%
Santo Antônio do Leverger	18.463	2.260	12,24%
Nossa Senhora do Livramento	11.609	1.682	14,49%
Chapada dos Guimarães	17.821	2.013	11,30%

Fonte: IBGE (2010).

A Capital de Mato Grosso possui 4 (quatro) distritos e 6 (seis) subdistritos (Tabela 32) que estabelecem os espaços da Administração.

Tabela 32 – Distritos e Subdistritos de Cuiabá

DISTRITO	SUBDISTRITO
Cuiabá – MT	Administração Regional Norte Administração Regional Centro-Oeste Administração Regional Centro-Leste
Coxipó da Ponte	Administração Regional Norte Administração Regional Centro-Leste Administração Regional Sul-Leste
Coxipó do Ouro	Não possui
Guia	Não possui

Fonte: <https://sidra.ibge.gov.br/territorio#/N10>. Acesso em 14 dez. 2016

No que se refere à área geográfica de Cuiabá (Figura 18), o município é formado por 118 bairros com diferentes características socioeconômicas e demográficas. Por exemplo, Morada da Serra é o bairro mais populoso do município com 56.066 habitantes (Censo 2010), Goiabeiras e Santa Rosa os de maior poder aquisitivo, e Pedra 90 e Ribeirão do Lipa os que têm as menores rendas, demonstrando a diversidade de contexto socioeconômico e demográfico no município, implicando na forma como as políticas públicas atingem todas essas áreas. Na subseção 4.4.3 serão relacionados todos os bairros de acordo com a distribuição territorial na execução das políticas públicas na área de Saúde e Desenvolvimento Social.

Figura 18 – Mapa do Município de Cuiabá - MT

Fonte:

<http://www.estatgeo.ibge.gov.br/mapa/mapa.html?nm6=1&nz=6&uz=5103403&ni=6&ui=5103403>
Acesso em: 22 jul. 2016

Em 27 de maio de 2009 foi criada a Região Metropolitana do Vale do Rio Cuiabá (RMVRC), constituída por seis municípios: Cuiabá, Várzea Grande, Nossa Senhora do Livramento, Santo Antônio do Leverger, Acorizal e Chapada dos Guimarães (Art. 2). Fica criado também o Entorno Metropolitano da RMVRC,

formada por sete municípios: Barão de Melgaço, Jangada, Nobres, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Poconé e Rosário Oeste (Art. 3). O parágrafo único do Art. 5 define como funções públicas de interesse comum no âmbito da RMVRC: desenvolvimento econômico e social; planejamento do uso e da ocupação do solo; acessibilidade e mobilidade; saneamento ambiental; preservação e conservação do meio ambiente; desenvolvimento urbano e políticas setoriais (habitação, saúde, educação, segurança, turismo, esporte e lazer), entre outras (LEI COMPLEMENTAR N. 359/2009). No entanto, conforme observado anteriormente, a análise das políticas públicas é focada apenas no território denominado Microrregião de Cuiabá. Não obstante, nos dois casos, os territórios metropolitanos incluem os municípios do núcleo central do estudo.

Finalizando a subseção, analisa-se as principais diferenças existentes em termos de territórios entre os municípios de João Pessoa e Cuiabá (Tabela 33).

Tabela 33 – Comparativo da Territorialidade nos Municípios de João Pessoa e Cuiabá

Variável	João Pessoa	Cuiabá
Grande Região	Nordeste	Centro Oeste
Unidade da Federação	Paraíba	Mato Grosso
Mesorregião	Mata Paraibana	Centro-Sul Matogrossense
Número de Municípios da Mesorregião	30	17
Microrregião	João Pessoa	Cuiabá
Número de Municípios da Microrregião	6	5
Municípios da Microrregião	João Pessoa, Santa Rita, Bayeux, Lucena, Conde, Cabedelo	Cuiabá, Várzea Grande, Nossa Sra. do Livramento, Chapada dos Guimarães, Santo Antônio de Leverger
Número de Distritos	1	4
Número de Subdistritos	0	6
Região Metropolitana (RM)	João Pessoa	Vale do Rio Cuiabá
Número de Município da RM	12	13

Fonte: <https://sidra.ibge.gov.br/territorio>. Acesso em 14 dez. 2016. Elaboração do autor.

As capitais em estudo apresentam características territoriais distintas, a começar pela Grande Região: João Pessoa localiza-se na Região Nordeste, enquanto Cuiabá, na Região Centro Oeste. São regiões com características geográficas, econômicas e culturais diferentes, o que torna esses municípios também distintos entre si. Outra diferença evidente é a existência de distritos, onde o município de Cuiabá apresenta uma quantidade superior, implicando na formação de subdistritos que configuram novas unidades na administração local. Por outro lado, na constituição das microrregiões e regiões metropolitanas, há uma similaridade em termos de quantidade de municípios nos dois territórios estudados.

4.1.4 Estrutura Governamental e Administrativa

A administração do município de João Pessoa é estruturada por meio de Coordenadorias, Órgãos Públicos, Secretarias Municipais e Gabinete do Prefeito. Esta articula o contato direto do chefe do Executivo Municipal com todos os segmentos da sociedade e promove a ligação entre o Prefeito e as demais secretarias além de outros órgãos das esferas estaduais e federais. Há também a assessoria militar, que oferece assistência direta e imediata ao Prefeito no desempenho de suas funções, no que se refere aos assuntos de segurança do chefe do executivo (JOÃO PESSOA, 2016).

Na Tabela 34 apresenta-se a relação das unidades que compõem os órgãos públicos, coordenadorias e secretarias do município.

Tabela 34 – Órgãos Públicos, Coordenadorias e Secretarias: João Pessoa

Estrutura Administrativa	Unidades
Órgãos Públicos	Autarquia Especial Municipal de Limpeza Urbana – EMLUR Fundação Cultural de João Pessoa – FUNJOPE Procuradoria Geral do Município – PGM Instituto de Previdência do Município de João Pessoa – IPM/JP Superintendência Executiva de Mobilidade Urbana – SEMOB Estação Cabo Branco: Ciência, Cultura e Artes TV Cidade Verde
Coordenadorias Municipais	Defesa Civil Patrimônio Cultural de João Pessoa (COPAC-JP) Cidadania LGBT e Igualdade Racial Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)
Secretarias Municipais	Administração (SEAD); Comunicação Social (SECOM) Ciência e Tecnologia (SECITEC); Controladoria Geral do Município (CGM) Desenvolvimento Social (SEDES); Desenvolvimento Urbano (SEDURB) Educação e Cultura (SEDEC); Finanças (SEFIN) Gestão de Governo e Articulação Política (SEGAP); Habitação Social (SEM HAB) Infraestrutura (SEINFRA); Juventude, Esporte e Recreação (SEJER) Meio Ambiente (SEMAM); Políticas Públicas para Mulheres (SEPPM) Planejamento (SEPLAN); Receita Municipal (SEREM) Saúde (SMS); Segurança Urbana e Cidadania (SEMUSB) Trabalho, Produção e Renda (SETPR); Turismo (SETUR) Transparência Pública (SETRANSP); Ouvidoria Geral do Município (OGM) Orçamento Participativo (OP); Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON-JP)

Fonte: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/> Acesso em 26 dez. 2016

As unidades da estrutura administrativa do município estão direta ou indiretamente relacionadas com as políticas públicas, programas e ações de atendimento ao idoso, conforme será abordado na seção 4.4. Em relação aos órgãos públicos, por exemplo, a EMLUR atua na manutenção de espaços onde se executam os programas, a FUNJOPE nos eventos culturais como o São João do Idoso, e o IMP/JP na garantia de recursos financeiros, materiais e humanos das atividades realizadas no Clube da Pessoa Idosa.

Parte das secretarias municipais têm assentos no Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI), discorrido na seção 4.3, participando diretamente da formulação das políticas públicas, enquanto outras apoiam e se articulam com as demais na elaboração e implementação das políticas. Cada secretaria tem sua missão, e nesse sentido, deve avaliar como o idoso pode ser atendido. Por exemplo, a Secretaria de Habitação Social (SEM HAB), na Política Habitacional do Município de João Pessoa, é obrigada a atender o que determina a Lei n. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) a respeito de reserva de unidades para o idoso, de forma adaptada, conforme veremos na subseção 4.4.1 (Legislação e o Atendimento ao Idoso).

O município de Cuiabá tem como estrutura governamental e administrativa o Gabinete do Prefeito, Ouvidoria, Órgãos Públicos e Secretarias Municipais para a oferta de serviços a empresas, servidores, turistas e cidadãos (CUIABÁ, 2016). Dentre os cidadãos, incluem os idosos que demandam políticas públicas específicas, sendo um dos segmentos populacionais que mais cresce no município.

Na Tabela 35 apresenta-se a relação das unidades que compõem os órgãos públicos e secretarias do município.

Tabela 35 – Órgãos Públicos, Coordenadorias e Secretarias: Cuiabá

Estrutura Administrativa	Unidades
Órgãos Públicos	Agência Mun. de Regulação e Serviços Públicos Delegados de Cuiabá (ARSEC) Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano (IPDU) Órgão de Defesa e Proteção do Consumidor (PROCON-CUIABÁ) Empresa Cuiabana de Saúde Pública (ECSP) Conselho de Recursos Fiscais (CRF) Empresa Cuiabana de Limpeza Urbana (LIMPURB)
Secretarias Municipais	Assist. Social e Des. Humano (SMASDH); Controladoria Geral Município (CGM) Cultura, Esporte e Turismo (SMCET); Educação (SME) Fazenda (SMF); Gestão (SMG) Governo e Comunicação (SMGC); Hab. e Regularização Fundiária (SMHARF) Meio Ambiente e Des. Humano (SMADES); Mobilidade Urbana (SEMOB) Obras Públicas (SMOP); Ordem Pública (SORP) Planejamento (SMP); Procuradoria Geral do Município (PGM) Saúde (SMS); Serviços Urbanos (SMSU) Trabalho e Desenvolvimento Econômico (SMTRADE)

Fonte: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/principal>. Acesso em 28 dez. 2016

Na seção 4.4 será analisado como a estrutura administrativa do município participa do desenvolvimento das políticas públicas de atendimento ao idoso. Por exemplo, como a Empresa Cuiabana de Saúde Pública executa os serviços de saúde em hospitais de alta complexidade e o papel da Empresa Cuiabana de Limpeza Urbana na manutenção e conservação de bens públicos no município.

Assim como ocorre no município de João Pessoa, algumas secretarias municipais têm assentos no Conselho Municipal de Defesa dos Direitos do Idoso (COMDIPI). Cada secretaria com sua missão e objetivos, devem juntas discutir a agenda pública a respeito das políticas idoso, e de forma articulada a execução das mesmas. Por exemplo, a Secretaria de Educação (SEC), ao desenvolver programas de educação para idosos nos Centros de Convivência de Idosos (CCI), deve atuar de forma intersetorial com a Secretaria de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH), bem como respeitar as diretrizes da Lei n. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), sobre adaptação do conteúdo e metodologia a esse público.

Tabela 36 – Comparativo da Estrutura Governamental e Administrativa: João Pessoa e Cuiabá

Variável	João Pessoa	Cuiabá
Nº de Órgãos Públicos	7	6
Nº de Coordenadorias Municipais	4	-
Nº de Secretarias Municipais	24	17

Fonte: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/> e <http://www.cuiaba.mt.gov.br/principal>. Acesso em: 28 dez. 2016

Em linhas gerais, o município de João Pessoa apresenta uma estrutura governamental e administrativa maior que em Cuiabá, com maior número de secretarias municipais e órgãos públicos (Tabela 36). Ademais, tem quatro coordenadorias, enquanto o município de Cuiabá, nenhuma. A compreensão dessa estrutura administrativa dos governos é condição essencial para uma análise de como as políticas públicas são desenvolvidas e gerenciadas.

Algumas diferenças e similaridades são encontradas. O PROCON em João Pessoa tem *status* de Secretaria, enquanto em Cuiabá de Órgão Público. Em comum, os dois municípios têm entre seus órgãos públicos, as responsáveis pela limpeza urbana municipal: Autarquia Especial Municipal de Limpeza Urbana (EMLUR), de João Pessoa, e Empresa Cuiabana de Limpeza Urbana (LIMPURB), de Cuiabá.

As 17 secretarias municipais de Cuiabá têm suas equivalentes em João Pessoa, sendo que a Procuradoria Geral do Município (PGM) e Superintendência Executiva de Mobilidade Urbana (SEMOB), nesta última, estão estruturadas como órgãos públicos. As secretarias de Saúde, Planejamento e Controladoria Geral do Município têm as mesmas denominações. Em Cuiabá, a secretaria de Educação tem estrutura única, e em João Pessoa é estruturada como Educação e Cultura. Por outro lado, o Turismo tem sua própria secretaria em João Pessoa, e em Cuiabá está

aglutinada ao Esporte e Cultura. Essas diferenças refletem nas políticas dirigidas aos idosos, nos municípios, conforme analisaremos na seção 4.4.

Outras secretarias têm a mesma finalidade em João Pessoa e Cuiabá, respectivamente: Desenvolvimento Social (SEDES) e Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH), Finanças (SEFIN) e Fazenda (SMF), Habitação Social (SEM HAB) e Habitação e Regularização Fundiária (SMHARF), Meio Ambiente (SEMAM) e Meio Ambiente e Desenvolvimento Urbano (SMADES), Infraestrutura (SEINFRA) e Obras Públicas (SMOP), Desenvolvimento Urbano (SEDURB) e Serviços Urbanos (SMSU), Trabalho, Produção e Renda (SETPR) e Trabalho e Desenvolvimento Econômico (SMTRADE).

Por fim, o município de João Pessoa ainda tem as secretarias de Ciência e Tecnologia (SECITEC), Políticas Públicas para Mulheres (SEPPM), Transparência Pública (SETRANSP) e Orçamento Participativo (OP).

4.2 Estrutura Administrativa e Funcional

Dentre as secretarias municipais dos territórios estudados, é dado destaque às de Saúde e Assistência Social, em função da importância que as mesmas representam nas políticas públicas do idoso, e por serem responsáveis pela gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no âmbito dos municípios (GIOVANELLA *et al.*, 2002; CABRAL *et al.*, 2004; VERAS e CALDAS, 2004; DUARTE, LEBRÃO e LIMA, 2005; WONG e CARVALHO, 2006; CAVALCANTE e RIBEIRO, 2012). Desse modo, esta seção apresenta e analisa a estrutura administrativa e funcional das secretarias, assim como os conselhos de direitos nessas áreas.

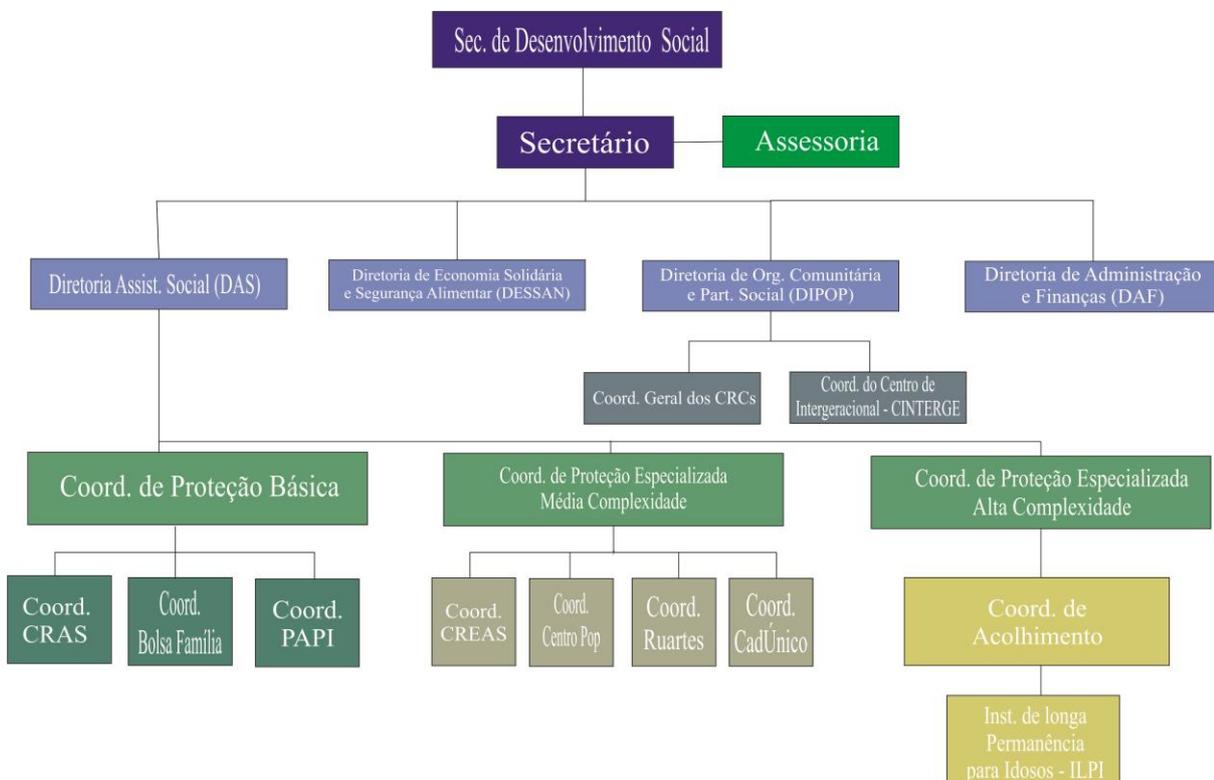
4.2.1 Secretaria de Desenvolvimento Social (João Pessoa) e Secretaria de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (Cuiabá)

A Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES) é um órgão da administração pública direta do município de João Pessoa cuja função é implementar a Política de Assistência Social, bem como as políticas de Trabalho, Renda e Economia Solidária e a Promoção da Cidadania, Participação Popular e Controle Social. Segue as normas estabelecidas pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), executada por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), assegurando os princípios da Lei Orgânica de Assistência Social

(LOAS). O público atendido pela SEDES se constitui de cidadãos, cidadãs e grupos em situação de vulnerabilidade social (SEDES, JOÃO PESSOA, 2016).

A SEDES tem uma equipe formada por secretário, secretário adjunto, assessorias (comunicação, articulação política e jurídica), diretorias e coordenações. Em função da extensa estrutura organizacional, apresenta-se na Figura 19 uma versão sintetizada da estrutura, contemplando as diretorias e as coordenações de órgãos que desenvolvem políticas públicas, programas, projetos e ações direcionadas exclusivamente aos idosos, ou ao menos essa população seja contemplada no bojo geral.

Figura 19 – Estrutura Organizacional da SEDES – João Pessoa



Fonte: Elaborada pelo Autor com Base nas Informações da SEDES – JOÃO PESSOA (2016)

As políticas, programas, projetos e ações de atendimento aos idosos estão relacionadas à Diretoria de Assistência Social (DAS) e Diretoria de Organização Comunitária e Participação Social (DIPOP). Subordinadas à DAS estão a coordenação da *Proteção Básica*, composta pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Programa Bolsa Família (BF) e o Programa de Atenção à Política da Pessoa Idosa (PAPPI), a coordenação da *Proteção Especial Média Complexidade*, constituída pelo CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social), Centro Pop, Ruartes e CadÚnico, e a coordenação da *Proteção*

Especial Alta Complexidade, e as unidades de Acolhimento. Já as coordenações dos Centros de Referência da Cidadania (CRCs) e do Centro Intergeracional (CINTERGE) estão subordinadas à DIPOP.

A DAS é o órgão responsável pela gestão do Serviço Único da Assistência Social (SUAS), prevista na Política Nacional de Assistência Social, articulando esforços e recursos para a execução da assistência social com ações de caráter preventivo, protetivo, interventivo e de inclusão social, ações socioeducativas, programas de transferência de renda, de acolhimento e convivência. Desse modo, garante os direitos de proteção social de famílias, crianças, adolescentes, jovens, pessoas com deficiência e idosos vulneráveis. Quanto à DIPOP, tem como missão conscientizar, apoiar, mobilizar e estimular a participação social por meio de ações socioeducativas, artístico-culturais e de promoção social, que possibilitem transformação e empoderamento, organização dos movimentos sociais, melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento socioeconômico. É uma unidade com agenda definida pelo próprio município (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016).

Na Tabela 37 são apresentados os principais órgãos da estrutura administrativa e funcional da Secretaria de Desenvolvimento Social do município de João Pessoa.

Tabela 37 – Principais Órgãos da Estrutura da SEDES – João Pessoa

ÓRGÃO	DESCRIÇÃO
Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)	Espaços físicos públicos responsáveis pela efetivação dos direitos sócio assistenciais, os quais ofertam e coordenam, em rede, ações que previnem situações de risco social.
Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)	Unidade pública estatal que oferta serviços de proteção especial a famílias e indivíduos em situação de ameaça a violação de direitos.
Centro-Pop de Referência para Populações em Situação de Rua	Unidade de referência da Proteção Social Especial de média complexidade, de natureza pública e estatal, cujo serviço é ofertado às pessoas que usam as ruas como moradia.
Centro de Referência da Cidadania (CRC)	Espaços públicos de formação, qualificação, desenvolvimento e apoio às atividades das comunidades em pleno exercício de seus direitos sociais e de cidadania.
Centro Intergeracional (CINTERGER)	Unidade pública que proporciona uma série de atividades direcionais ao público de todas as gerações, com foco no idoso.

Fonte: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/sedes/>. Acesso em: 28 Dez. 2016.

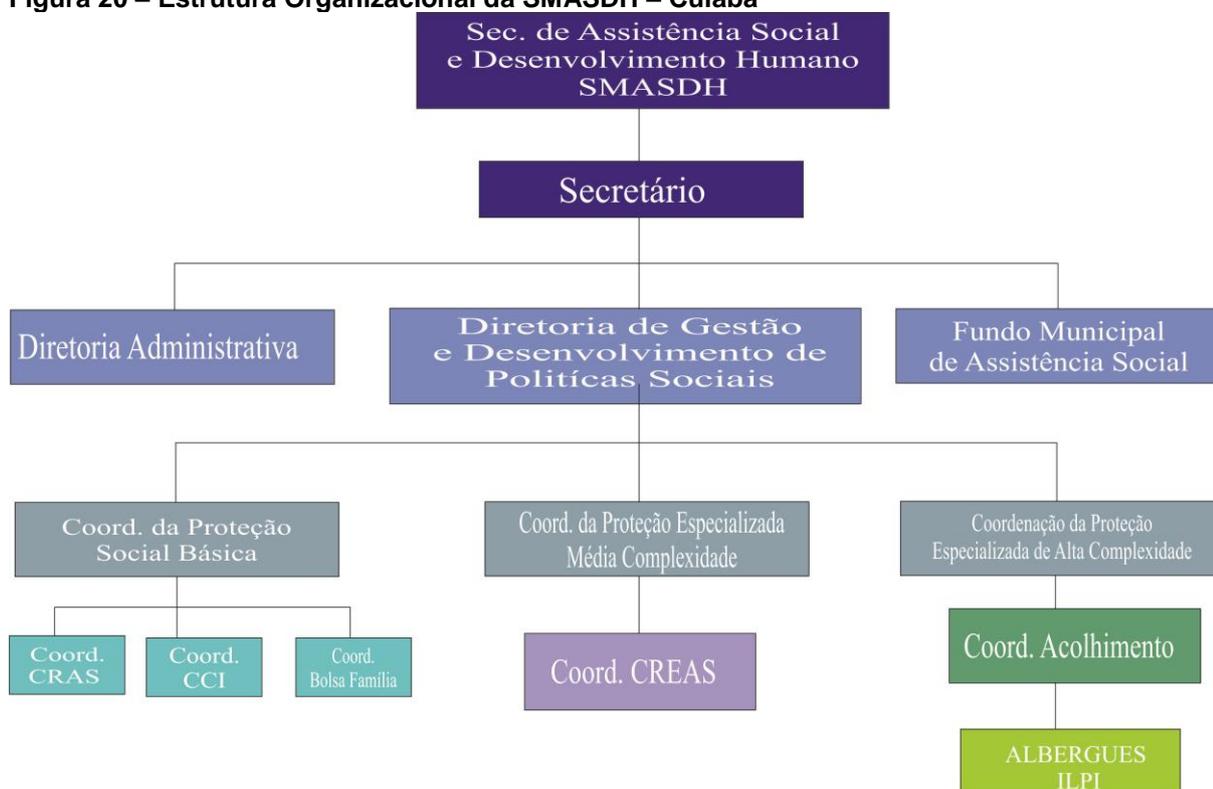
Em todos os órgãos descritos acima há atendimento ao idoso, com destaque para a Política de Atenção à Pessoa Idosa, instância exclusiva no município para as políticas dirigidas a esse segmento. A divisão da DAS em coordenações de atenção básica e especial (média e alta complexidades) atendem às normativas federais do SUAS. Quanto à DIPOP e suas coordenações, são organismos estabelecidos pelo

executivo municipal, desde o final da década de 1990, com o objetivo de oferecer serviços sociais à população. Na seção 4.4 serão analisadas as políticas desenvolvidas por essas diretorias e suas respectivas coordenações.

Em relação ao município de Cuiabá, tem-se a Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento humano (SMASDH), criada pela Lei Complementar n. 132, de 28 de dezembro de 2005. Constitui-se como órgão institucional de primeiro nível hierárquico da Administração Direta Municipal, responsável pela elaboração e execução da Política de Assistência Social no município de Cuiabá. Desse modo, presta serviços às pessoas em situação de vulnerabilidade social, por meio de ações relativas às políticas de superação da pobreza, promoção e garantia dos direitos humanos (SMASDH, CUIABÁ, 2016).

A equipe da SMASDH é composta por secretário, secretário adjunto, diretorias e coordenações. Na Figura 20 apresenta-se a estrutura organizacional da secretaria, de forma sintetizada, com o objetivo de focar nos órgãos responsáveis pelas políticas, programas, projetos e ações voltadas à população idosa.

Figura 20 – Estrutura Organizacional da SMASDH – Cuiabá



Fonte: Elaborada pelo Autor com Base nas Informações da SMASDH – CUIABÁ (2016)

A Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Políticas Sociais (DGDPS) é a responsável pelas políticas sociais de atenção ao idoso no município de Cuiabá. Subordinada à mesma estão três coordenações: Proteção Social Básica, Proteção

Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Essa composição segue as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Assistência Social, executada por meio do SUAS. A Proteção Social Básica é dividida em três outras coordenações: CRAS, Bolsa Família e Centros de Convivência do Idoso (CCI). A Proteção Social Especial Média Complexidade tem uma coordenação subordinada, o CREAS, enquanto a Alta Complexidade é responsável pela coordenação de Acolhimento. Nesta última, há os albergues municipais, denominados Rede Direta, os quais idosos em situação de abandono também são atendidos temporariamente nesses órgãos junto a outros segmentos (jovens e adultos), e as Instituições de Longa Permanência (ILPIs), classificados como Rede Indireta.

A partir do percorrido nos parágrafos anteriores, é possível fazer uma análise comparativa sobre a estruturação das secretarias municipais responsáveis pelas políticas sociais em João Pessoa (SEDES) e Cuiabá (SMASDH). No que se refere à tipificação definida pelos SUAS, os dois municípios atendem às normativas, com coordenações da proteção social e especial (média e alta complexidades), ligadas a uma diretoria responsável pela gestão das políticas.

Identifica-se, com a pesquisa de campo, os documentos legais e a literatura escrita sobre o assunto (VAISTMAN, ANDRADE e FARIAS, 2009; DEGENSZAJN, COUTO e YAZBEK, 2012), uma padronização da estrutura e dos serviços ofertados no âmbito municipal. É uma estruturação que tende a uma institucionalização, com normas e regras definidas (ROSSETO e ROSSETO, 1999; SOUZA, 2006), num contexto de articulação em rede assistencial (LOPES e BALDI, 2009).

No entanto, encontra-se na SEDES, em João Pessoa, mais uma diretoria – a DIPOP (Diretoria de Organização Comunitária e Participação Popular), responsável por serviços de atendimento ao idoso, demonstrando uma ampliação da oferta não apenas em termos territoriais, mas também na quantidade de pessoas atendidas.

Na Proteção Social Básica, há uma semelhança nas coordenações (CRAS, Bolsa Família), mas uma diferença no que se refere a uma estrutura própria dos municípios que atendem exclusivamente os idosos, não listados na tipificação nacional do SUAS. Entretanto, não menos importante em função da ainda incipiente e fragmentada, na gestão pública, políticas e programas sociais para idosos (WU *et al.*, 2014; NASCIMENTO, 2010).

Os CCI (Centros de Convivência de Idosos) em Cuiabá existem desde a década de 1990 e suas atribuições são importantes para uma cidade em plena mudança demográfica, e deveriam continuar fazendo parte da estrutura da SMASDH, independentemente de quem ocupar a Chefia do Executivo Municipal. Em João Pessoa, tem-se o PAPPI (Programa de Atenção à Política da Pessoa Idosa), que coordenava os grupos de convivência de idosos e demais políticas, mas que passou por mudanças a partir de 2014, com novas funções. Análises ampliadas sobre os CCIs e PAPPI serão discorridas na Seção 4.4.

Na Média Complexidade, em João Pessoa há uma distribuição dos serviços nos CREAS, Centro Pop e Ruartes, sendo assim uma rede assistencial mais ampla nesse nível, o que não ocorre em Cuiabá. Neste município, desde a abordagem social em espaços públicos até o encaminhamento final dos casos de violação de direitos é feita pelo CREAS. Desse modo, o município precisa avaliar as condições de estruturação desses espaços e serviços, previstos na tipificação da assistência social.

Por fim, na Alta Complexidade, ambos os municípios ainda necessitam de melhor estruturação para o atendimento aos idosos. Em Cuiabá existem os albergues públicos de curta permanência, não exclusivos para idosos. É sabido que espaços para receber idosos, principalmente os vulneráveis como são o perfil dos que necessitam desses serviços, devem estar adaptados às condições físicas, psicológicas e cognitivas dos idosos. E a partir do momento em que incluem várias pessoas, de faixas etárias diferentes, em um mesmo espaço e nas circunstâncias adversas, a qualidade do atendimento fica comprometida. Nos ambientes para acolhimento de longa permanência, nas localidades em estudo, só os particulares. Dentre eles, há os conveniados com o poder público para oferta dos serviços.

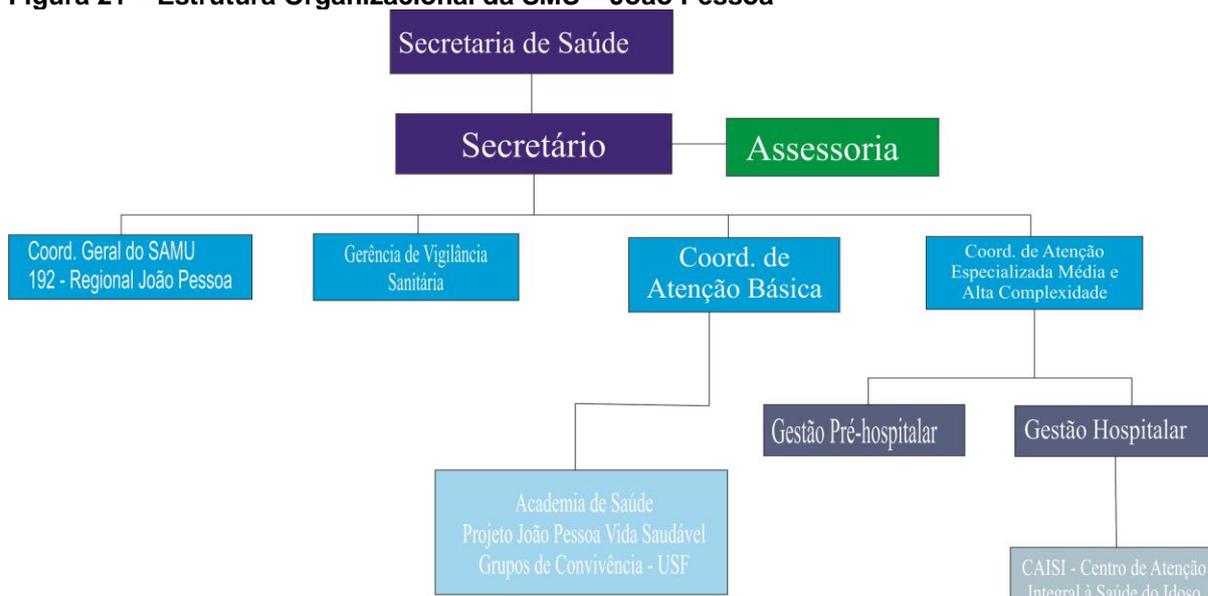
4.2.2 Secretarias de Saúde de João Pessoa e Cuiabá

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa está diretamente ligada à prefeitura e tem por responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito municipal. Sua missão é formular e implementar políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde com qualidade aos usuários do SUS. A cidade está demarcada territorialmente sob a forma de distritos sanitários (DS), com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir a população acesso aos serviços básicos, como também aos

especializados e a assistência hospitalar. Como forma de manter contato com a população, existe o canal de comunicação chamado Ouvidoria Municipal (SMS – JOÃO PESSOA, 2016).

A equipe da SMS é formada secretário, gabinete (chefe de gabinete, secretaria de gabinete e assessor de comunicação e eventos), coordenações e gerências. Na Figura 21 é mostrada a estrutura organizacional da SMS.

Figura 21 – Estrutura Organizacional da SMS – João Pessoa



Fonte: Elaborada pelo Autor com Base nas Informações da SMS – JOÃO PESSOA (2016)

A coordenação do SAMU 192 – Regional João Pessoa, faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências, de 2003, e ajuda a organizar o atendimento na rede pública, em um contexto pré-hospitalar. O Centro de Vigilância Ambiental e Zoonoses tem como atribuições o planejamento, coordenação, execução, avaliação e monitoramento das políticas de controle de riscos biológicos e não biológicos à saúde da população. A Gerência de Vigilância Sanitária executa ações de caráter educativo (preventivo), normativo (regulamentador), fiscalizador e em última instância, punitivo. A Gestão Hospitalar promove a integração dos hospitais municipais, buscando melhor acolhimento e maior resolutividade para as necessidades dos usuários. E a Coordenação de Atenção Básica atua na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, oferecendo uma rede integrada de serviços (SMS – JOÃO PESSOA, 2016).

A relação das unidades e serviços de saúde da SMS de João Pessoa é descrita na Tabela 38, considerando a Atenção Básica e Atenção Especializada (Média e Alta Complexidades) no atendimento a idosos.

Tabela 38 – Unidades Públicas de Saúde – SMS de João Pessoa

Nível de Atendimento	Unidades de Saúde
Atenção Básica	Unidade Saúde da Família (USF) Centro de Saúde (CS) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Academia de Saúde (AS) Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) Equipe Saúde da Família (ESF) Consultório na Rua
Atenção Especializada (Média e Alta Complexidades)	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) Residência Terapêutica (RT) Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Centro de Práticas Integrativas (CPIC) Laboratório Central (LACEN) Ambulatórios/Hospitais Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) Samu 192

Fonte: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/>. Acesso em: 28 dez. 2016

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá foi criada pela Lei Complementar n. 094, de 3 de julho de 2003, que substituiu a Fundação de Saúde de Cuiabá, criada em maio de 1982. A SMS tem como missão garantir o direito à saúde da coletividade e do indivíduo de forma humanizada por meio de gestão democrática e efetiva das ações e serviços de saúde. Sua principal atribuição é gerir o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito municipal, e elaborar, gerir, executar, controlar e avaliar a Política Municipal de Saúde, de acordo com os princípios do SUS (Lei n. 8.080/1990) e a Lei Orgânica do Município. Constitui-se como um órgão institucional do primeiro nível hierárquico da Administração Direta Municipal, dividido em cinco regionais (Sul, Norte, Leste, Oeste e Rural). Há também um canal direto entre a secretaria e a população denominado Ouvidoria SUS (SMS – CUIABÁ, 2016).

A equipe da SMS é composta por secretário, secretários adjuntos, diretorias e coordenações (Figura 22).

Figura 22 – Estrutura Organizacional da SMS – Cuiabá



Fonte: Elaborada pelo Autor com Base nas Informações da SMS – CUIABÁ (2016)

A SMS – Cuiabá tem três Diretorias: Atenção Primária ou Básica, Atenção Secundária ou Média Complexidade, e Vigilância em Saúde. As duas primeiras atendem às normativas do SUS na oferta de serviços e políticas de saúde, e a última é responsável por garantir a saúde por meio da vigilância e monitoramento de impactos, visando melhor qualidade de vida à população cuiabana.

A Diretoria de Atenção Básica é responsável pela Coordenação Especial de Rede de Assistência Básica de Saúde, que por sua vez gerencia outras coordenações, como a Coordenação Especial Assistência de Educação e Saúde. Nesta é executado o Programa Municipal de Atenção à Saúde do Idoso. Quanto à Diretoria de Atenção Secundária ou Média Complexidade, está dividida em três coordenações – Programa de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS e Hepatites Virais), Especial de Rede Assistencial Geral, Especial de Rede Assistencial de Saúde Mental, mas nenhuma com programas específicos para a população idosa. Na Tabela 39 é apresentada a relação de unidades públicas ou equipes que ofertam os serviços de saúde ao idoso, na Atenção Básica e Média Complexidade em Cuiabá.

Tabela 39 – Unidades Públicas de Saúde – SMS de Cuiabá

Nível de Atendimento	Unidades de Saúde
Atenção Básica ou Primária	Centro de Saúde (CS) Unidade Saúde da Família (USF) Centro de Especialidade Odontológica (CEO) Equipe Saúde da Família (ESF) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Consultório na Rua
Atenção Secundária ou Média Complexidade	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Policlínica Clínica da Família Serviço de Atendimento Especializado (SAE) Laboratório Central de Cuiabá (LACEC) Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) Residências Terapêuticas (RT) Centro Integrado de Apoio Psicossocial – Aduino Botelho (CIAPS) Ambulatórios/Hospitais Clínica Odontológica (CO) Samu 192

Fonte: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/secretaria-de-saude/13136>. Acesso em: 28 dez. 2016

Em linhas gerais, as secretarias de saúde dos municípios têm uma equipe similar e uma estrutura conforme determina o SUS, com a prestação de serviços na Atenção Básica e Atenção Especializada (Média e Alta Complexidades). Em João Pessoa, o idoso é atendido exclusivamente na atenção básica por meio das Equipes Saúde da Família (ESF) das Academias de Saúde e grupos de convivência em Unidades de Saúde da Família (USF) e Centros de Saúde (CS), e na atenção especializada por meio do CAISI. Em Cuiabá, a saúde do idoso é basicamente restrita à atenção básica, por meio de ESF, grupos de convivência nas USF e caderneta de saúde da pessoa idosa. Na atenção especializada (secundária e terciária), no entanto, é executada no bojo geral. Até início da década de 2000, o município tinha um programa do idoso na atenção secundária, executado na Policlínica do bairro Planalto, mas foi descontinuado.

De todo modo, todas as unidades abordadas atendem ao idoso nos municípios, mas ainda não conseguem oferecer serviços integrais e adaptáveis a essa população, em todos os níveis de saúde.

Na seção 4.4 as unidades e equipes de saúde de João Pessoa e Cuiabá serão abordadas no contexto das políticas públicas do idoso, bem como em termos de sua distribuição territorial nesses municípios.

4.2.3 Conselhos Setoriais e de Direitos

Em João Pessoa, há a coordenação de Controle Social, e seus assessores, às quais estão vinculados os conselhos de direitos. Estes são definidos como

instâncias de cogestão das políticas públicas, de caráter propositivo e deliberativo, composto por representantes do governo e da sociedade civil, com a finalidade de exercer o controle social das políticas públicas implantadas. Suas ações ainda se estendem para a realização de atividades, por meio de espaços de definição de políticas públicas, como conferências, fóruns de debates com a participação de membros do governo e da sociedade (SEDES - JOÃO PESSOA, 2016).

O município de João Pessoa tem seis conselhos ligados à SEDES, dentre eles o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI) e o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). O CMDI será analisado em subseção própria (4.3.1) por se tratar do organismo mais importante no contexto das políticas públicas do idoso. No entanto, o idoso também é amparado por outros conselhos, seja na concepção ou na governança das políticas, como o CONSEA e o CMAS.

Quanto à Cuiabá tem oito conselhos vinculados à SMASDH, que incluem o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDIPI), Conselho de Promoção da Igualdade Racial (CMPIR) e Conselho Municipal de Segurança Alimentar (CONSEA), com finalidades específicas, mas que podem contemplar ao mesmo tempo o mesmo indivíduo ou grupo social (Tabela 40).

Tabela 40 – Conselhos de Direitos: SEDES (João Pessoa) e SMASDH (Cuiabá)

Município	Conselhos de Direitos
João Pessoa	Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA Conselho Municipal dos Direitos do Idoso – CDMI Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA Conselho Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil – COMPETI Conselho Municipal Antidrogas – COMAD
Cuiabá	Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA Conselho Municipal dos Direitos da Mulher - CMDM Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa – COMDIPI Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CMDPD Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual – CMADS Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial - CMPIR Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA

Fonte: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/sedes/>. Acesso em: 28 dez. 2016

O Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) de João Pessoa foi criado pela Lei n. 8.059, de 21 de julho de 1996, sendo um órgão colegiado de caráter permanente e de funções deliberativas e fiscalizadoras. Tem como objetivos assegurar a participação da comunidade na implementação, acompanhamento, avaliação e fiscalização de programas e projetos constantes da Política Municipal de Assistência Social. Sua estrutura é composta por uma Secretaria Executiva,

Assessores (Técnica, Jurídica, Contábil), Presidência e Vice-Presidência, Plenária e Comissões Temáticas. O mandato dos membros é de dois anos, permitida a recondução por igual período (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016).

O CMAS – Cuiabá é uma instância de controle social deliberativa do sistema descentralizado e participativo da Política de Assistência Social, de caráter permanente e composição paritária entre o governo municipal e a sociedade civil organizada. Sua base legal inclui a Lei n.8.742/1993 (LOAS), a Lei n. 3.523/1995, que institui o CMAS âmbito municipal e a Resolução n. 025/2010, sobre readequação do Regimento Interno. O tempo de mandato de seus membros é de dois anos, permitida a recondução por igual período (SMASDH – CUIABÁ, 2016).

O CMAS – João Pessoa tem 16 representantes paritários, sendo oito governamentais e oito não governamentais e seus respectivos suplentes, na gestão 2015-2017. O CMAS – Cuiabá, por sua vez, tem 14 representantes, distribuídos paritariamente na gestão 2016-2018 (Tabela 41).

Tabela 41 – Representantes dos Conselhos Municipais de Assistência Social: João Pessoa e Cuiabá

Representantes	João Pessoa	Cuiabá
Governo	-Gabinete do Prefeito -Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES) -Secretaria de Educação e Cultura (SEDEC) -Secretaria de Finanças (SEFIN) -Sec. de Planejamento (SEPLAN) -Secretaria Municipal de Saúde (SMS) -Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano (SEDH) -Caixa Econômica Federal	-Secretaria Municipal de Assistência Social (SMASDH) -Sec. Municipal de Educação (SME) -Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - Secretaria Municipal de Trabalho e Des. Econômico (SMTRADE) -Sec. Municipal de Fazenda (SMF) -Secretaria Municipal de Cultura, Esporte e Turismo (SMCET) - Secretaria Municipal de Planejamento (SMP)
Sociedade Civil	-Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) -Aldeias Infantis SOS Brasil (titular) e Casa de Cultura IAO (suplente) -Vila Vicentina Júlia Freire (titular) e Casa da Divina Misericórdia (suplente) -Associação Recreativa Cultural e Artística – ARCA (titular) e Associação Bairros dos Novais (suplente) -Sindicato -Associação de Deficientes e Familiares – ASDEF (titular) e Instituto dos Cegos Adalgisa Cunha (suplente) -Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) -Conselho Regional de Psicologia (CRP)	-Assoc. Beneficente Educativa Voz da Verdade (titular) e Assoc. de Amigos da Criança com Câncer/MT (suplente) -Assoc. Antônio Vieira (titular) e Assoc. de Pais e Amigos de Excepcionais (suplente) -Fund. André e Lúcia Maggi (titular) e Fund. Fé e Alegria do Brasil (suplente) -Assoc. Cultural Cena Onze (titular) e Obras Sociais Anália Franco (suplente) -Assoc. Pestalozzi de Cuiabá (titular) e Assoc. de Auxílio aos Moradores de Rua Senhor dos Passos (suplente) -Grupo Voluntário Viver Feliz (titular) e Assoc. Plante Vida (suplente) -Cons. Reg. Assistência Social (titular) e Cons. Reg. de Psicologia (suplente)

Fontes: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/sedes/> e Diário Oficial de Contas de Mato Grosso (2016)

O idoso está representado no CMAS – João Pessoa por meio das Instituições de Longa Permanência (ILPI) Vila Vicentina Júlia Freire e sua suplente, Casa da Divina Misericórdia, sendo de extrema relevância esse assento, do ponto de vista do desenvolvimento de políticas públicas para o idoso, quanto na fiscalização e governanças das políticas executadas no âmbito do município. Outros setores também são representados, como os de profissionais (Conselho Regional de Serviço Social), associações de bairros e pessoas portadoras de necessidades especiais (Instituto dos Cegos Adalgisa Cunha), caracterizando a diversidade requerida em organismos dessa natureza. Em Cuiabá, a atual gestão não tem nenhuma entidade representante dos idosos nos três segmentos da sociedade civil: entidades ou organizações de Assistência Social, entidades e organizações de Usuários da Assistência Social e Organizações de Trabalhadores do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

Na parte governamental do CMAS – João Pessoa, a presença da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano (SEDH) demonstra minimamente que as decisões tomadas pelo conselho têm como qualidade a interfederatividade, essencial no campo das políticas públicas contemporâneas. Pois assim, compartilham responsabilidades (FARENZENA, 2012), desencadeia um grau de interdependência entre governos e no funcionamento de arranjos formais de coordenação federativa (PALOTTI e MACHADO, 2014), e uma dimensão de verticalidade (LOTTA e FAVARETTO, 2016).

Nos conselhos dos dois municípios, a presença de secretarias municipais (Saúde, Educação, Finanças/Fazenda, Planejamento) contextualiza a intersetorialidade e a união de esforços em busca de melhores resultados (ZUNZUNEGUI e BÉLAND, 2010), superando a setorialização e maior articulação entre instituições governamentais e da sociedade civil (NASCIMENTO, 2010).

Em relação ao Conselho de Saúde, em Cuiabá, tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Foi criado pela Lei Complementar n. 94, de 3 de julho de 2003, como órgão normativo, recursal e diligencial. Sua estrutura administrativa é constituída por Plenária, Diretoria (Presidência, Vice-Presidência, Secretário Geral), Secretaria

Executiva, Ouvidoria Geral do SUS, Comitês Temáticos, Conselhos Gestores de Saúde e Comissões Institucionais (SMS – CUIABÁ, 2016).

O Conselho de Saúde de João Pessoa foi criado pela Lei Municipal n. 8.301, de 31 de outubro de 1997, se encontrando no mesmo nível da Secretaria de Saúde, com orçamento próprio, se constituindo num órgão fiscalizador da gestão de saúde, possuindo caráter deliberativo. Tem como principais competências a formulação e controle da execução da política de saúde, incluindo a questão econômico-financeira; e o estabelecimento de estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando com outros conselhos, tais como idosos, crianças e adolescentes, educação, meio ambiente e trabalho (SMS – JOÃO PESSOA, 2016).

Na Tabela 42 relaciona-se a composição dos conselhos de saúde de João Pessoa (gestão 2015-2017), com 24 membros e Cuiabá (gestão 2016-2018), com 19 membros, sendo que cada titular tem um suplente. Representam os seguintes segmentos: Usuários do SUS, Trabalhadores de Saúde, Governo e Prestadores de Serviços de Saúde. O segmento de usuários tem o maior número de assentos nos dois conselhos, portanto, não paritário.

Os dois conselhos, no que se refere ao *Segmento de Usuários do SUS*, apresentam uma diversidade de representatividade, como entidades de suporte aos direitos de crianças, mulheres, índios, negros, pessoas com deficiência. No entanto, apenas em Cuiabá os idosos têm representação no conselho por meio da Associação Mato-grossense Pró-Idoso (AMPI), evidenciando que em João Pessoa esse segmento não tem espaço para a discussão de agendas públicas para formulação e execução de políticas públicas para idosos no Conselho de Saúde. Por outro lado, no *Segmento de Trabalhadores*, vários sindicatos têm seus assentos em João Pessoa, enquanto em Cuiabá apenas o Sindicato dos Farmacêuticos. Ademais, no conselho de saúde de João Pessoa, o *Segmento do Governo* tem representação dos três níveis da federação, indicando uma ação mais interfederativa na agenda e formulação das políticas. Em Cuiabá, apenas a Secretaria Municipal de Saúde tem assento permanente.

Tabela 42 – Representantes dos Conselhos Municipais de Saúde: João Pessoa e Cuiabá

Representantes	João Pessoa	Cuiabá
Segmentos dos Usuários do SUS	<ul style="list-style-type: none"> -Associação Paraibana de Portadores de Anemias Hereditárias (ASPPAH) -Assoc. de Deficientes e Familiares -Associação dos Povos Indígenas Tabajaras do Litoral Sul da Paraíba -Movimento do Espírito Lilás (MEL) -Grupo de Mulheres do Terreiro Yalodê -Centro de Cultura Afro Brasileira ILÊ OMIDEWÁ -Federação Paraibana do Movimento Comunitário (FEPAMOC) -Central Única dos Trabalhadores (CUT/PB) - Associação dos Ambulantes e Trabalhadores em Geral da Paraíba -Associação de Promoção Sociocultural Bairro dos Novais -Centro de Orientação e Desenvolvimento de Luta pela Vida -Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva 	<ul style="list-style-type: none"> -União Coxipoense de Associação de Moradores (UCAM) - Sindicato dos Trabalhadores de Combate a Endemias no Est. de MT - Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) -Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS – Núcleo Ceará -Pastoral da Criança -Associação Mato-grossense de Deficientes (AMDE) -Associação de Espinha Bífida de Mato Grosso -Associação de Defesa dos Direito, Trabalho e Desenvolvimento das Mulheres nos Bairros e nas Regiões de Mato Grosso -Associação Mato-grossense Pró-Idoso (AMPI) -Associação de Amigos e Crianças com Câncer de Mato Grosso/AACC
Segmentos de Trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> -Sindicato dos Nutricionistas do Estado da Paraíba -Sindicato de Agentes Comunitários de Saúde do Estado da Paraíba -Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Paraíba -Sindicato dos Odontologistas do Estado da Paraíba -Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Paraíba -Sindicato dos Médicos do Estado da Paraíba 	<ul style="list-style-type: none"> -Conselho Federal de Educação Física -Conselho Regional de Serviço Social -Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional -Associação Brasileira de Odontologia -Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Mato Grosso
Segmento de Governo e Prestadores	<ul style="list-style-type: none"> -Ministério da Saúde -Sec. de Saúde do Estado da Paraíba -Sec. Mun. de Saúde de João Pessoa -Centro de Ciência da Saúde da UFPB -Instituto dos Cegos da Paraíba -Hospital Padre Zé 	<ul style="list-style-type: none"> -Sec. Municipal de Saúde de Cuiabá -Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá -Hospital Universitário Júlio Muller -Federação dos Filantrópicos

Fonte: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/> e <http://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/secretaria-de-saude/13136>. Acesso em: 28 dez. 2016.

Além dos Conselhos Municipais de Assistência Social e de Saúde, é relevante que se analise a configuração dos Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa nos âmbitos municipais, estaduais e nacional, por se constituírem em atores responsáveis pelas diretrizes das políticas públicas desse segmento populacional.

4.3 Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa

A constituição de conselhos voltados à participação social na implementação de direitos e políticas públicas a partir de 1988 se intensificou nos três níveis de governo. Desse modo, essa seção descreve sobre a criação dos conselhos de

direitos da pessoa idosa nos municípios de João Pessoa e Cuiabá, nos Estados da Paraíba e Mato Grosso, e no Brasil. Busca-se analisar a composição dos membros dos conselhos e o papel dos mesmos no ciclo de políticas públicas para o idoso.

4.3.1 Municípios de João Pessoa e Cuiabá

4.3.1.1 Descrição Histórico Legal e Estrutura Administrativa Funcional

Os conselhos de direitos da pessoa idosa nos municípios de João Pessoa e Cuiabá, e nos estados da Paraíba e Mato Grosso atendem aos preceitos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, que é a sua criação a partir de um dispositivo legal (SOUZA, 2004), sendo nas três instâncias federativas (municipal, estadual e federal) quando se referem à assistência social (SILVA *et al.*, 2008), no desenvolvimento de políticas públicas de interesse do Estado e da Sociedade Civil (FREITAS, FREITAS e DIAS, 2012). Nos próximos parágrafos, discorre-se sobre a criação, evolução histórica e características dos conselhos nos territórios em estudo.

Em João Pessoa, o conselho foi criado pela Lei n. 9.373, de 23 de dezembro de 2000 sob a denominação de Conselho Municipal do Idoso – CMI (ANEXO 1), com o objetivo de assegurar à cidadania da pessoa idosa, a garantia dos seus direitos, autonomia e integração na sociedade e na família, respeitando os preceitos da Lei Federal n. 8.842/1994, a Política Nacional do Idoso. À época de sua criação estava vinculado à Secretaria do Trabalho e Promoção Social e era composto por nove membros, de forma não paritária, sendo seis governamentais e três da sociedade civil, designados pelo Governo Municipal. Assim, essa primeira constituição dos representantes do Conselho não cumpria a determinação sobre a paridade dos conselhos institucionalizados a partir de 1988 (PRESOTO e WESTPHAL, 2005; GODOY e SOUZA, 2011).

Em 29 de junho de 2004, a Lei n. 10.270 alterou a Lei n. 9.373/2000, tornando o CMI um órgão paritário, de caráter consultivo e deliberativo, e mantendo os mesmos objetivos da legislação anterior. Atendendo ao princípio de paridade, a composição do conselho passa a ser formada por oito membros titulares e respectivos suplentes, designados pelo Governo Municipal e sociedade civil, sendo quatro governamentais e quatro não governamentais.

Em 2012, o CMI é reformulado, criando-se o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso – CMDI, por meio da Lei n. 12.303, de 12 de janeiro de 2012, sendo um órgão permanente, paritário, consultivo, deliberativo, formulador e controlador das

Políticas Públicas e ações voltadas ao idoso no âmbito do município de João Pessoa. Está vinculado à estrutura da atual Secretaria de Desenvolvimento Social – SEDES, órgão gestor das políticas de desenvolvimento social no município. A composição paritária é formada por 24 membros, sendo 12 representantes governamentais e 12 não governamentais. Vale ressaltar que a Secretaria Estadual de Desenvolvimento Humano compunha o grupo dos representantes governamentais, evidenciando o caráter interfederativo, e os Conselhos de Saúde e de Assistência Social, dos representantes não governamentais, demonstrando maior articulação intersetorial e institucional.

As novas designações do CMDI convergem para os fundamentos conceituais de fiscalização na implementação de políticas públicas (SOUZA, 2004), deliberação e controle (DIEGUES, 2013) e novas regras institucionais que coordenam o processo de formulação de políticas públicas municipais (GODOY e SOUZA, 2004). Além disso, deve zelar pelo cumprimento das normas constitucionais e legais referentes ao idoso, sobretudo a Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842/1994) e Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2003) e demais leis pertinentes de caráter estadual e municipal.

A Lei atual do CMDI (n. 12.365/2012) de João Pessoa foi promulgada em 14 de maio de 2012 (ANEXO 2), alterando a composição dos representantes governamentais e não governamentais. Assim, passa a ser composto de 16 membros titulares e seus respectivos suplentes, de forma paritária. O mandato dos membros é de dois anos, permitida uma única recondução por igual período. Os detalhes sobre essa composição serão descritos na subseção 4.3.1.2.

Quanto à Estrutura Administrativa e Funcional do CMDI, têm-se: I – Presidência; II) Plenária; III) Comissões Técnicas e IV) Secretaria Executiva. Por sua vez, a Secretaria Executiva é constituída da seguinte forma: I) (1) Secretária Executiva, II) (1) Advogado, III), (1) Psicólogo, e IV) (1) Assistente Social. Além disso, o seu funcionamento é regido por um Regimento Interno, que estabelece normas e regras administrativas, das eleições e da obrigatoriedade das resoluções, além das atribuições de seus membros.

Enfatiza-se que a Presidência caberá, alternadamente, a representante dos setores públicos e privados. Medida essa que, se efetivamente posta em prática, permite equilíbrio, participação e empoderamento da sociedade civil na gestão do conselho e no desenvolvimento das políticas públicas. Como afirmam Figueiredo e

Santo (2014), essa configuração melhora a comunicação entre governantes e governados, possibilita ao cidadão ser mais atuante e envolvido no que diz respeito às decisões governamentais e construção de políticas públicas. E se alinha para o que Diegues (2013) considera como novas relações entre o Estado e a sociedade visando melhorias no exercício da cidadania e participação social.

A Lei 12.365/2012 destaca ainda que a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SEDES) proporcionará o apoio técnico administrativo e estrutura física adequada, necessário ao funcionamento do Conselho. Em João Pessoa, todos os conselhos de direitos vinculados à SEDES funcionam no mesmo endereço, com espaços individuais, situados à Av. Dom Pedro I, n. 692, Centro. Os recursos financeiros para a manutenção do CMDI são previstos nas peças orçamentárias do Município, possuindo dotação própria.

Em Cuiabá, o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDIPI) foi criado pela Lei n. 3.162, de 16 de julho de 1993 (ANEXO 3), vinculado à Secretaria Municipal de Bem Estar Social. Nesse período, era composto por 13 membros, sendo seis governamentais e sete da sociedade civil, designados pelo prefeito municipal e entidades representativas dos idosos, respectivamente. Nesse sentido, em sua origem, o conselho não cumpre o preceito de paridade (PRESOTO e WESTPHAL, 2005; GODOY e SOUZA, 2011), com representação majoritária da sociedade civil.

Em 15 de dezembro de 1995, a Lei n. 3.522 altera a legislação anterior do COMDIPI, instituindo os membros suplentes dos 14 representantes titulares, além de mais um representante do governo, a Secretaria de Comunicação. Outra mudança na composição estrutural ocorre a partir da Lei 4.596, de 8 de julho de 2004, aumentando para 16 membros, de forma paritária, sendo oito representantes do Poder Público Municipal e oito da Sociedade Civil. Em 21 de junho de 2005, a Lei n. 4.753 altera mais uma vez os membros do conselho, mantendo 16 membros titulares e suplentes, sendo que a Secretaria de Educação, Esporte e Lazer tem dois assentos na nova formação.

Em 4 de maio de 2016, é promulgada a mais nova Lei n. 6.059 do COMDIPI (ANEXO 4), com nova formação dos representantes paritários, com 16 membros titulares e seus respectivos suplentes. Na subseção 4.3.1.2 se apresenta e se discute sobre a composição atual do Conselho, vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano – SMASDH.

A Estrutura Administrativa e Funcional do COMDIPI de Cuiabá é composta pelo Presidente, Vice-presidente, Secretaria Executiva, que recebe apoio operacional da SMADSH, e três técnicos administrativos. Para o seu funcionamento, instituiu-se um regimento interno e disposição de outras normas de organização. Está localizado na Casa dos Conselhos de Cuiabá, à Av. Dom Aquino, 184, Bairro Dom Aquino.

Os dois municípios apresentam contextos diferentes sobre a criação dos conselhos de direitos do idoso (Tabela 43).

Tabela 43 – Comparativo dos Conselhos de Direitos do Idoso: João Pessoa e Cuiabá

Variável	João Pessoa	Cuiabá
Ano de Criação	2000	1993
Número de Leis	4 (quatro)	5 (cinco)
Lei, Número de Membros e Tipo de Composição	Lei n. 9373/2000: 9 (nove) membros titulares do Governo (seis) e da Sociedade Civil (três), Não Paritário.	Lei n. 3.162/1993: 13 membros titulares, sendo 6 do Governo e 7 da Sociedade Civil, Não Paritário.
	Lei n. 10.270/2004: 8 (oito) membros titulares e respectivos suplentes, sendo 4 (quatro) do Governo e 4 (quatro) da Sociedade Civil, Paritário.	Lei n. 3.522/1995: 14 membros titulares e respectivos suplentes, sendo 7 do Governo e 7 da Sociedade Civil, Paritário.
	Lei n. 12.303/2012: 24 membros titulares e suplentes, sendo 12 do Governo e 12 da Sociedade Civil, Paritário.	Lei n. 4.596/2004: 16 membros titulares e suplentes, sendo 8 do Governo e 8 da Sociedade Civil, Paritário.
	Lei n. 12.365/2012: 16 membros titulares e suplentes, sendo 8 (oito) do Governo e (8) da Sociedade Civil, Paritário.	Lei n. 4.753/2005: 16 membros titulares e suplentes, sendo 8 do Governo e 8 da Sociedade Civil, Paritário.
Estrutura Administrativa e Funcional	Presidência, Plenária, Comissões, Secretaria Executiva (Secretária, Advogado, Psicólogo, Assistente Social). Regimento Interno	Presidência, Secretaria Executiva Regimento Interno
Apoio Administrativo, Técnico, Operacional e Financeiro-orçamentário	Secretaria de Desenvolvimento Social – SEDES	Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano – SMASDH

Fonte: Adaptado das Leis de Direitos da Pessoa Idosa nos Municípios. Elaboração do autor

A preocupação da gestão pública sobre os direitos da pessoa idosa ocorreu primeiro em Cuiabá, criando-se o Conselho em 1993, antes mesmo da promulgação da Política Nacional do Idoso, em janeiro de 1994. A composição inicial dos

membros do conselho não era paritária, porém com maior número de representantes da sociedade civil. Em João Pessoa, o Conselho foi criado em 2000, e também não atendendo aos preceitos de paridade na composição dos membros governamentais e não governamentais, sendo o número de membros do poder público bem superior ao da sociedade civil.

Não obstante, a paridade é relevante na democratização no processo de construção de políticas públicas. Destaca-se ainda que nos dois municípios, a previsão de membros suplentes só veio a ocorrer a partir da segunda Lei. Atualmente, o Conselho em ambas as cidades é formado por 16 membros titulares e respectivos suplentes, sendo paritária entre governo e sociedade civil. Para Freitas, Freitas e Dias (2012), o ambiente institucional dos Conselhos cria as condições para a representação paritária de interesse entre o Estado e sociedade civil, o que ocorreu nos dois territórios estudados ao longo do processo de formação dos representantes.

Os Conselhos, nos dois casos, são ainda arranjos em construção e bem complexos, onde se estabelecem relações de poder entre instituições civis, e destas com o Estado, com ampla diversidade de interesses (DIEGUES, 2013), pois são muitas as mudanças ocorridas na constituição de seus membros, tanto em termos quantitativos (ampliação e redução) quanto qualitativos (em função de substituição de órgãos e entidades).

Em relação à Estrutura Administrativa e Funcional, o Conselho de João Pessoa está melhor estruturado, com profissionais de áreas como psicologia, assistência social e advocacia, essenciais para as atividades de formulação e monitoramento das políticas públicas de atenção ao idoso, conforme veremos nas seções 4.4 (Políticas, Programas e Ações de Atenção ao Idoso) e 4.5 (Governança nas Políticas Públicas nos Municípios). Ressalta-se que os Conselhos recebem apoio administrativo, técnico e operacional das secretarias municipais responsáveis pela gestão das políticas sociais.

4.3.1.2 Representação Governamental e da Sociedade Civil

Em João Pessoa, o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI), em 2000, era composto pela Secretaria de Trabalho e Promoção Social (com dois representantes), Secretaria Municipal de Saúde, Câmara Municipal, Ministério Público e três representantes da Sociedade Civil. Em 2004, a Secretaria de

Educação e a Universidade Federal da Paraíba substituem o Ministério Público e Câmara dos Vereadores na composição dos membros do governo, e quatro representantes da Sociedade Civil passam a ser especificados na Lei, sendo dois representantes dos prestadores de serviços (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI e Sociedade Brasileira de Gerontologia e Geriatria – SBGG), e dois representantes dos usuários dos serviços (ILPI e Grupos de Convivência).

A especificação dos nomes dos representantes da sociedade civil no texto da lei possibilita definir um arranjo institucional mais claro, pois com base em Fiani (2014) pode-se definir quais agentes estão habilitados a realizar determinada transação, o objeto dessa transação (no caso as políticas, programas e ações de atenção aos idosos) e as formas de interação entre os agentes. Além disso, pode-se criar um ambiente institucional mais estável, com determinação de regras e normas mais claras sobre o papel de cada representação, de forma continuada, uma vez que segundo Gomide e Pires (2014), o ambiente institucional estabelece parâmetros, especifica o campo de ação, processos e relacionamentos.

Retomando o processo de formação dos representantes do conselho do idoso em João Pessoa, identifica-se uma mudança significativa em termos quantitativos, passando de oito membros em 2004 para 24 membros em 2012. A Secretaria de Trabalho e Promoção Social, já extinta, é substituída pela Secretaria de Desenvolvimento Social, responsável pelas políticas sociais no município. São incluídas ainda as secretarias de Planejamento, Comunicação, Finanças, Turismo, Desenvolvimento Urbano, Meio Ambiente, além da Câmara Municipal e Secretaria Estadual de Desenvolvimento Humano. No rol dos representantes da sociedade civil, foram inseridos Instituições Religiosas, Universidades Particulares, Ordem dos Advogados do Brasil, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho de Psicologia, SESC (Serviço Social do Comércio), Associações e Aposentados.

Essa formação se caracterizou como um arranjo institucional extenso, dificultando os relacionamentos, os processos e as tomadas de decisão. No mesmo ano, no mês de maio, foi sancionada a Lei n. 12.365/2012 alterando a composição dos representantes, diminuindo para 16 membros, que se mantém até o momento (Tabela 44).

Tabela 44 – Composição dos Representantes do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso: João Pessoa

REPRESENTANTES GOVERNAMENTAIS	REPRESENTANTES NÃO GOVERNAMENTAIS
Sec. Mun. de Desenvolvimento Social - SEDES	Inst. de Longa Permanência para Idoso - ILPI
Secretaria Municipal de Saúde – SMS	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Sec. Mun. de Educação e Cultura – SEDEC	Conselho Regional de Assist. Social - CRESS
Sec. Municipal de Planejamento – SEPLAN	Grupos de Convivência
Secretaria Municipal de Finanças – SEFIN	Ordem dos Advogados do Brasil – OAB
Secretaria Municipal de Turismo – SETUR	Conselho Regional de Psicologia – CRP
Sec. Municipal de Urbanização – SEDURB	Serviço Social do Comércio – SESC
Universidade Federal da Paraíba – UFPB	Ens. Superior Privado na Área de Envelhecimento

Fonte: Lei Municipal de João Pessoa n. 12.365, de 29 de maio de 2012.

O assento dos representantes tem sua relevância no desenvolvimento das políticas públicas, conforme pode se observar junto a alguns membros:

- *Secretaria Municipal de Turismo (SETUR)*: comprometimento com a luta dos direitos do idoso, respeitando o Estatuto e distribuindo para toda a população. A necessidade de desenvolver eventos para os idosos e discutir propostas de ações efetivas para esse público, com participação social e governamental.

- *Secretaria Municipal de Urbanização (SEDURB)*: os espaços públicos precisam se adequar ao público idoso, com acessibilidade em praças e parques, além de estruturar os espaços para a execução de programas como academia da terceira idade e João Pessoa Vida Saudável.

- *Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SEDEC)*: a partir do programa Educação de Jovens e Adultos (EJA), ampliar a política pública para atender exclusivamente idosos, com formação sobre línguas, renda e educação financeira. No município, as turmas do EJA são compostas por pessoas a partir de 15 anos, bem como turmas específicas para o sistema penitenciário, assentamentos e trabalhadores da Autarquia Especial Municipal de Limpeza Urbana (EMLUR).

- *Secretaria Municipal de Planejamento (SEPLAN)*: responsável pelo planejamento e visualização dos problemas da cidade no presente e no futuro, tem um papel importante no conselho porque deve preparar a cidade para o crescimento populacional e de idosos. Desse modo, deve participar para entender as demandas e necessidades da população idosa, trazendo para o corpo técnico da secretaria as ações a serem planejadas. Por meio do conselho, pode-se desenvolver políticas de acessibilidade em espaços como praias, parque Sólon de Lucena, centro histórico. Há um planejamento para o ano de 2018, em parceria com a Secretaria Municipal de Ciência e Tecnologia (SESITEC), para oferecer um curso de informática básica e

celular para idosos. O COMDIPI irá definir as localidades e os grupos de convivência serão o primeiro público-alvo do curso.

- *Secretaria Municipal de Saúde (SMS)*: desde o início com assento no conselho, pois a Saúde não atua de forma isolada. Para um trabalho completo, é preciso um conjunto de ações e políticas que ofereçam oportunidades ao idoso, seja na saúde, assistência social e educação. A pessoa idosa necessita de vários serviços, e o poder público deve assegurar o seu direito, fazer a lei ser aplicada.

- *Grupos de Convivência*: os grupos se reúnem para discutir e desenvolver ações voltadas aos idosos, e levadas ao conselho. Assim, são debatidas as necessidades, mas com pouca efetividade, de acordo com a representante. Ressalta-se que no CMDI há três grupos de idosos cadastrados, que são acompanhados. Os idosos participam de atividades no Clube da Pessoa Idosa, Centro de Convivência de Idosos e Instituto de Previdência do Estado da Paraíba (IPEP), sendo os dois últimos do Estado. Há também os grupos informais, mas segundo a representante, foram fragmentados e perderam apoio da prefeitura municipal e do Núcleo Integrado de Estudos da Terceira Idade (NIETI) da UFPB, para os passeios e encontros.

- *Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)*: encaminhar as demandas e discutir as soluções representando todas as ILPI. Como o conselho não executa, os projetos são levados à prefeitura, que passam por dificuldades em serem implantados, como o projeto Casa de Passagem, do setor de média complexidade na SEDES. Registre-se que a ILPI é caracterizada como entidade, de natureza pública ou privada, destinada a permanência de idosos.

- *Conselho Regional de Serviço Social (CRESS)*: o assento no conselho visa efetivar as políticas públicas existentes, como as desenvolvidas nos CRAS, CREAS, ILPI, Grupos de Convivência e Programa de Saúde do Idoso (atenção básica e especializada), e discutir novas demandas e necessidades do idoso.

Em Cuiabá, o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDIPI), em 1993, era composto por representantes das secretarias de Bem Estar Social, Saúde, Cultura, Desporto e Lazer, Educação, Procuradoria Geral do Município sete da sociedade civil, não especificados. No ano de 1995, é incluída a Secretaria de Comunicação, totalizando 14 membros paritários. Em 2004, foi ampliado para 16 membros, tendo assento também a Secretaria e Trânsito e

Transporte Urbano. Em 2005, com a junção das Secretarias de Educação, Desporto e Lazer, esta passa a ter dois assentos no conselho.

O COMDIPI, ao observar a formação dos representantes do governo, identifica-se como um arranjo institucional mais estável, mantendo um grupo relativamente coeso desde sua criação, com a presença das mesmas secretarias, salvo às inclusões e aglutinações que ocorreram. Essa característica permite formar um ambiente institucional mais claro, com parâmetros e regras bem definidos no que diz respeito às relações entre os agentes e as decisões tomadas.

Em 2016, o COMDIPI manteve 16 membros, no entanto, com alterações devido às mudanças na estrutura administrativa do município e o ingresso de novas representações governamentais. A composição da sociedade civil continua, como vem ocorrendo desde sua criação, sem especificação na Lei, podendo comprometer um arranjo institucional mais estável. Há um chamamento público das instituições que compõem essa representação (Tabela 45).

Tabela 45 – Composição dos Representantes do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos do Idoso: Cuiabá

REPRESENTANTES GOVERNAMENTAIS	REPRESENTANTES NÃO GOVERNAMENTAIS
Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH)	Federação Mato-grossense das Associações de Moradores de Bairros (FEMAB)
Secretaria Municipal de Cultura, Esporte e Turismo (SMCET)	Instituição de Longa Permanência – Abrigo Bom Jesus
Secretaria Municipal de Educação (SME)	Pastoral da Pessoa Idosa (CNBB)
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Fecomércio/SESC
Secretaria Municipal de Habitação e Regularização Fundiária (SMHARF)	Associação de Promoção Humana Social – Instituto Atitude
Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana (SEMOB)	Associação Brasileira do Clubes da Melhor Idade (ABCMI)
Procuradoria Geral do Município (PGM)	Rotary Clube de Cuiabá
Secretaria de Ordem Pública (SORP)	Associação Mato-grossense Pró-Idosos (AMPI)

Fonte: Lei Municipal de Cuiabá n. 6.059, de 4 de maio de 2016.

Foram entrevistados alguns membros sobre a importância do assento da instituição no COMDIPI:

- *Secretaria Municipal de Saúde (SMS)*: a participação permite que os problemas identificados a respeito da saúde do idoso, seja na atenção básica, na secundária ou terciária, sejam levados até a gestão de saúde do município.

- *Secretaria Municipal de Educação (SME)*: a partir da política de Educação de Jovens e Adultos (EJA), a secretaria conquistou o assento há quatro anos no conselho para discutir as demandas de educação para idosos e transformá-las em políticas e programas. O programa EJA no município funciona de acordo com projetos específicos, abrangendo as zonas urbana e rural: Projovem, Brasil

Alfabetizado, Sistema Penitenciário, Educação no Campo, em que das nove escolas rurais, quatro delas funcionam com EJA e participação de idosos, e Alfabetização Melhor Idade, que funciona nos Centros de Convivência de Idosos (CCI), e será abordado mais adiante na seção 4.4.2.

- *Secretaria Municipal de Esporte, Cultura e Turismo (SMCTE)*: tem como objetivo aproximar a secretaria da mais importante instância onde se definem as políticas públicas para os idosos, e assim desenvolver projetos na área. Dentre eles, levar atividades físicas e de lazer para os CCI e um criar um curso de ginástica laboral para idosos. Em execução, já existem programas na área que serão discorridos na subseção 4.4.2.

- *Secretaria Municipal de Mobilidade (SEMOB)*: por ser responsável pelas políticas de transporte público e acessibilidade às pessoas idosas, a participação no conselho é fundamental para receber novas demandas e necessidades da pessoa idosa, e assim, desenvolver novas políticas e programas. Nos CCI também é possível identificar as demandas dos idosos como faixas de pedestres e pontos de ônibus para facilitar o uso do transporte e espaços públicos.

- *Secretaria Municipal de Habitação e Regularização Fundiária (SMHRF)*: sua função é trabalhar com habitação de interesse social, desse modo, o assento no conselho se justifica para discutir os direitos do idoso na questão habitacional. Amparada na legislação vigente, especialmente o Estatuto do Idoso, busca garantir em programas federais como Minha Casa, Minha Vida (MCMV) o percentual mínimo de unidades ao público idoso (conforme veremos na seção 4.4) e as adequações nas casas e apartamentos para recebê-lo. Antes a secretaria era responsável pelo cadastro das pessoas e a distribuição, hoje passada à SMASDH. No entanto, o Projeto de Trabalho Técnico Social (PTTS) ainda é feito pela equipe de assistência social da SMHRF.

- *Serviço Social do Comércio (SESC)*: com assento há muitos anos e na vanguarda em programas para idosos, seu papel no COMDIPI é para mediar a avaliação das políticas públicas que serão desenvolvidas e as implementadas, fazer valer as leis que garantem o bem-estar do idoso no município, no âmbito da saúde, assistência social, transporte, habitação, cultura e lazer, dentre outros. Todas as informações e denúncias recebidas pelo conselho, seja por pessoas, Ministério Público, Defensoria Pública, também refletem nas ações dirigidas aos idosos no SESC. Na instituição, há mais de 20 anos têm grupos de convivência de idosos,

heterogêneos nas características socioeconômicas e demográficas. A maioria dos participantes é composta por mulheres, que participam de atividades físicas, socioeducativas, culturais, e se integram também aos grupos dos CRAS e Centro de Convivência de Idosos. Enfatiza-se que o tratamento dispensado é para o idoso, em sua denominação tradicional, evitando expressões como melhor idade e terceira idade.

- *Associação Brasileira dos Clubes da Melhor Idade (ABCMI)*: associação sem fins lucrativos, criada em 1986, fomentada pelo Ministério do Turismo (MTur) e Secretarias Estaduais de Turismo. Tem a unidade nacional e em todos os Estados, cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas a partir dos 50 anos, a partir do turismo e de projetos sociais. Sua função no conselho é defender os direitos do idoso, discutidos em encontros nos Centros de Convivência de Idosos (CCI), fortalecer as políticas públicas e a autonomia e empoderamento do COMDIPI e órgãos que executam as políticas.

- *Federação Mato-grossense das Associações de Moradores de Bairros (FEMAB)*: associação sem fins lucrativos que há quatro anos tem assento no conselho, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos idosos a partir das demandas dos bairros. Leva para a arena pública as necessidades de programas e serviços nas áreas de saúde, cidadania, educação, moradia, assistência social e bem estar.

- *Associação Mato-grossense Pró-Idosos (AMPI)*: fundada em 1993 com a participação direta dos professores do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Foi declarada de utilidade pública pela Lei n. 3.463, de 23 de maio de 1995 com sede no bairro Poção. Anteriormente, em 1988, iniciaram as primeiras atividades na UFMT dirigidas aos idosos no Centro de Saúde Escola, no bairro Grande Terceiro. Nessa época, o preconceito e discriminação contra a pessoa idosa eram intensos, muitos viviam excluídos, sendo estes os primeiros a serem atendidos, na perspectiva de proteção. Tendo como parceiros o Centro de Saúde Escola e a AMPI, foi possível criar o Núcleo de Organização e Estudos da Terceira Idade (NOETI), em 1995 e hoje descontinuado, construir os CCI, incluir a disciplina de Gerontologia Social no currículo do Curso de Serviço Social, desenvolver projetos de extensão interdisciplinar nos departamentos de Saúde Coletiva e Serviço Social, levar a agenda pública as demandas dos idosos e elaborar projetos culturais e cursos sobre envelhecimento. Hoje, seu papel no

conselho é de continuar desenvolvendo projetos e atividades para a população idosa, de modo que tenham seus direitos assegurados e concretizados.

- *Pastoral da Pessoa Idosa*: criada em 2004, ligada à Igreja Católica e Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), cuja função principal é visitar idosos e doentes em residências e hospitais, com a finalidade de orientar os idosos sobre seus direitos, melhorar sua qualidade de vida e informar sobre os serviços municipais disponíveis nos CCI e CRAS. O assento no conselho, desde 2012, é para levar à instância de controle social as reclamações e denúncias a respeito do atendimento ao idoso nas instituições públicas e privadas no município.

A partir do exposto, é possível identificar diferenças e similaridades sobre a composição e característica dos conselhos. No COMDIPI de Cuiabá, as secretarias de Cultura, Educação, Desporto e Lazer, Procuradoria Geral do Município, Bem Estar Social e Saúde mantêm assentos desde sua criação. No CMDI de João Pessoa, os representantes que mantêm assentos desde sua criação são as secretarias de Saúde e Desenvolvimento Social. Esses resultados demonstram a importância desses setores no campo das políticas públicas de atendimento ao idoso nos municípios, corroborando com os preceitos teóricos.

O setor de saúde, segundo Zunzunegui e Béland (2010) é um catalizador para ações em outros setores, e para Giovanella *et al.* (2002), desempenha papel de liderança na formulação e implementação de políticas públicas intersetoriais. A criação do SUS, em 1988, permitiu mudanças nas relações políticas entre Estado e Sociedade (RODIGUES, 2014). O setor de assistência social abrange serviços, benefícios, programas e ações dirigidas ao enfrentamento de diferentes níveis de privação, risco e vulnerabilidade social, prestadas por instituições públicas e privadas (VAITSMAN, ANDRADE e FARIAS, 2003). A criação do SUAS, em 2003, amplia a proteção social a partir de estruturas administrativas como CRAS e CREAS (DEGENSZAJN, COUTO e YAZBEK, 2012).

Assim, com a composição paritária dos conselhos do idoso em João Pessoa e Cuiabá, a sociedade civil passa a ter posição de destaque e empoderamento no monitoramento das políticas públicas (GIOVANELLA *et al.*, 2002), mas também no processo de formulação, implementação e governança da política pública (GOMIDE e PIRES), convergindo para processo de descentralização na concepção e execução das políticas no âmbito local, com a comunidade mais participativa no processo decisório (SOUZA, 2004). Nesse sentido, por se constituir não apenas

como um ator estatal, os Conselhos de Direitos do Idoso ora estudados, bem como outros atores que possuem membros estatais e não estatais em sua composição estrutural e funcional, assumem a tipologia denominada Atores Paraestatais.

Na Tabela 46 é apresentado um comparativo da composição das atuais gestões dos Conselhos do Idoso em João Pessoa e Cuiabá. Em comum, na representação governamental, têm-se as áreas de Saúde, Social, Turismo, Educação e Cultura. No CMDI – João Pessoa, o assento da Secretaria Municipal de Urbanização (SEDURB) é relevante em função das políticas públicas existentes no município, como João Pessoa Vida Saudável e Academia de Saúde, que dependem dos espaços públicos adequados ao seu funcionamento. Por outro lado, no COMDIPI – Cuiabá, as presenças da SEMOB e Secretaria Municipal de Habitação e Regularização Fundiária (SMHARF) refletem a perspectiva e o desenvolvimento de políticas para idosos na área de transporte/mobilidade e moradia, respectivamente. O mesmo contexto deveria ser considerado também em João Pessoa, pois são políticas previstas no Estatuto do Idoso.

Tabela 46 – Comparativo dos Representantes do Conselho do Idoso: João Pessoa e Cuiabá

Variável	João Pessoa	Cuiabá
Especificação dos Representantes da Sociedade Civil na Lei	Sim	Não
Universidade Pública no Conselho	Sim (UFPB)	Não
Segmentos da Sociedade Civil	Entidades de acolhimento para idoso, Grupos de Idosos, Conselhos de Classe, Instituições de Pesquisa e Ensino, Entidade Privada	Entidades de Acolhimento para Idosos, Associações de Idosos, Instituições Religiosas, Entidade Privada, Entidades Sociais
Representantes Comuns da Sociedade Civil	SESC e ILPI	
Representantes Comuns do Governo	Saúde, Social, Cultura, Esporte e Turismo	

Fonte: Adaptado das Leis de Direitos da Pessoa Idosa nos Municípios

Na representação da sociedade civil, a presença de representação do ILPI nos dois conselhos demonstra o quanto essas instituições têm intensificado sua atuação no amparo aos idosos em situação de grave vulnerabilidade social e abandono. São espaços onde o idoso possa viver e até desenvolver atividades que contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida (BESTATI e CHIARELLI, 2012). Em relação ao SESC, foi pioneiro na década de 1970 na criação de espaços de convivência para idosos e aposentados, com atividades físicas, culturais e de lazer para ocupar o tempo livre e o desenvolvimento dos aspectos biopsicossociais

(BARRETO *et al.*, 2003; GOMES, LOURES e ALENCAR, 2004; BORGES *et al.*, 2008; ALENCAR e CARVALHO, 2009).

No CMDI – João Pessoa, o segmento educacional representa a sociedade civil por meio das instituições de ensino superior privado, e no governo, com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Nesta instituição, foi criado em 1992 o Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade (NIETI), vinculado à Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PRAC), com o objetivo de pesquisar sobre o envelhecimento, bem como desenvolver atividades de extensão para os idosos. Na UFMT, *campus* de Cuiabá, ainda não se institucionalizou o Núcleo de Estudos e Atividades da Terceira Idade (NEATI), já presente no *campus* de Rondonópolis.

Por fim, a especificação das entidades da sociedade civil na Lei do CMDI – João Pessoa assegura maior estabilidade ao arranjo institucional, definindo mais claramente as regras de funcionamento e as atribuições de cada agente; no COMDIPI – Cuiabá, a escolha dos representantes é realizada depois de publicada a Lei, ocorrendo instabilidade na formação. Por exemplo, na gestão 2016-2018 a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) era um dos membros, mas foi substituído por um órgão na categoria de ILPI. Situações dessa natureza comprometem o desenvolvimento das políticas públicas, ocorrendo desde uma formulação inadequada até a descontinuidade das mesmas.

4.3.1.3 Atribuições dos Conselhos nas Políticas Públicas do Idoso

Em João Pessoa, o CMDI define que o atendimento aos direitos do idoso deve ser feito por meio de políticas sociais básicas: Educação, Saúde, Recreação, Esporte, Cultura, Turismo, Lazer e Profissionalização e de outras na área de assistência social. Nesse sentido, a Prefeitura, ao ouvir o CMDI, formulará políticas e programas assistenciais para esse estrato populacional. Determina ainda que a família, sociedade e Estado têm o dever de assegurar ao idoso os direitos da cidadania. Em relação ao Estado, a política pública far-se-á mediante um conjunto articulado de áreas governamentais e não governamentais, nas três esferas da federação.

As principais atribuições do CMDI incluem: formular, acompanhar, fiscalizar e avaliar a Política Municipal dos Direitos do idoso; indicar as prioridades a serem incluídas no planejamento municipal quanto às questões do idoso; cumprir e zelar

pelas normas legais estabelecidas pela Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso e legislações nos âmbitos do Estado e do Município; fiscalizar as entidades governamentais e não governamentais de atendimento ao idoso; propor, incentivar e apoiar a realização de eventos, estudos, programas e pesquisas para a promoção, proteção e da defesa dos direitos do idoso; e apreciar o plano plurianual, a lei de diretrizes orçamentárias e as proposta orçamentária anual.

Em Cuiabá, as principais atribuições do COMDIPI compreendem a formulação de diretrizes e promoção de atividades que visem à defesa dos direitos da pessoa idosa; fiscalização e providências para o cumprimento da legislação favorável aos direitos do idoso; deliberação sobre consultas que lhes forem dirigidas; elaboração de projetos que promovam a participação do idoso em atividades compatíveis com a sua condição; recebimento de sugestões oriundas da sociedade opinando sobre denúncias que lhes sejam encaminhadas e dando ciência das mesmas aos órgãos competentes do Poder Público; e desenvolvimento de estudos, debates e pesquisas relativas à problemática dos idosos.

4.3.2 Estados da Paraíba e de Mato Grosso

O Conselho Estadual do Idoso da Paraíba – CEI-PB foi criado pelo Decreto n. 21.102, de 16 de junho de 2000 e esteve irregular e inoperante durante anos. Somente em 2009, com nova denominação, o Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa – CEDDPI da Paraíba, foi criado pela Lei n. 8.846, de 25 de junho de 2009, cumprindo as diretrizes da legislação federal vigente, pertinentes à Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842/1994) e ao Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2003). É definido como um órgão colegiado, paritário, de caráter consultivo, deliberativo e controlador da política de defesa dos direitos da pessoa idosa, vinculado à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano, com o objetivo fundamental de elaborar as diretrizes para a formulação da política estadual da pessoa idosa.

As principais atribuições do CEDDPI são: formular, promover, divulgar, coordenar, supervisionar e avaliar a política estadual da pessoa idosa; acompanhar e avaliar a proposta orçamentária e o plano de ação governamental; solicitar aos órgãos competentes o descredenciamento das instituições de apoio ao idoso, quando as mesmas descumprem as finalidades propostas ou usam indevidamente os recursos públicos que lhe forem repassados; participar da implantação do

sistema de acompanhamento de programas e projetos que possibilitem avaliar e fiscalizar a aplicação de recursos repassados aos municípios e entidades civis.

Apesar de definir o Conselho como órgão paritário, a composição dos representantes é desigual, sendo 15 membros, sete do Governo e oito da Sociedade Civil, contrariando os preceitos estabelecidos a partir da Constituição Federal de 1988 na formação dos conselhos de direitos (PRESOTO e WESTPHAL, 2005; GODOY e SOUZA, 2011). Para cada membro titular, é estabelecido um suplente, todos com mandatos de dois anos, permitida uma recondução por igual período.

Em 30 de dezembro de 2009, a Lei n. 9.005 ratifica a questão da paridade na composição dos membros representantes do CEDDPI, sendo agora formado por 18 membros, nove órgãos do Poder Público e nove entidades da Sociedade Civil, e seus respectivos suplentes (Tabela 47). Conforme a Lei, os conselheiros devem ser indicados dentre pessoas de comprovada atuação na defesa dos direitos da pessoa idosa.

Do lado do governo, além de secretarias estaduais a presença de instituições de ensino superior públicas e a defensoria pública. No rol dos entes não governamentais, vários segmentos são representados: religioso, educacional, associativo e das instituições de pesquisa, tornando-se um arranjo diversificado com capacidade para uma discussão mais ampla a respeito das múltiplas necessidades do idoso.

Tabela 47 – Composição dos Representantes do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa: Estado da Paraíba

REPRESENTANTES GOVERNAMENTAIS	REPRESENTANTES NÃO GOVERNAMENTAIS
Sec. Estadual de Desenvolvimento Humano	Arquidiocese da Paraíba
Secretaria Estadual de Saúde	Assoc. Brasileira de Clubes da Melhor Idade
Secretaria Estadual de Segurança e da Defesa Social	Fed. Assoc. de Aposentados, Pensionistas e Idoso do Estado da Paraíba
Sec. Estadual da Administração Penitenciária	Universidade da Terceira Idade (UNITI-PB)
Secretaria Estadual de Educação	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Universidade Estadual da Paraíba	Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
Universidade Federal da Paraíba	Serviço Social do Comércio – SESC Paraíba
PBPREV	Instituição de Longa Permanência para Idosos
Defensoria Pública	Primeira Igreja Batista de João Pessoa

Fonte: Lei Estadual da Paraíba n. 9.005, de 30 de dezembro de 2009.

A estrutura administrativa do CEDDPI é composta por Presidente, Vice-Presidente e Secretário Executivo e está localizado na Casa dos Conselhos do Estado da Paraíba, à Av. Visconde de Pelotas, Centro de João Pessoa. Para seu funcionamento e organização, são definidas regras e normas disciplinares em seu regimento interno, tendo ainda a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano

a função de assessorar e apoiar administrativa e financeiramente. Ademais, os recursos orçamentários são previstos na lei do orçamento anual do Estado da Paraíba. As condições estruturais, administrativas, econômicas e institucionais são imprescindíveis para o cumprimento de suas atribuições no que diz respeito à formulação, fiscalização, monitoramento e controle das políticas públicas.

No Estado de Mato Grosso (MT), o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDEDIPI) foi criado pela Lei n. 6.512, de 6 de setembro de 1994, para congregar entidades e serviços comunitários que visem ao atendimento e promoção da pessoa idosa. Suas principais atribuições incluem formular diretrizes e promover atividades que visem à defesa dos direitos dos idosos, à eliminação das discriminações que os atingem e a sua plena inserção na vida econômica, social e cultural do Estado de Mato Grosso; fiscalizar e tomar providências para o cumprimento da legislação favorável aos direitos dos idosos. O Conselho, vinculado à Secretaria de Saúde, era formado por 11 representantes, sendo quatro do Governo e sete da Sociedade Civil.

Com a Lei n. 9.400, de 30 de junho de 2010, o CEDEDIPI passa a ser definido como um órgão permanente, paritário, de caráter deliberativo vinculado à Secretaria de Estado de Trabalho, Emprego, Cidadania e Assistência Social, tendo por objetivo a supervisão, acompanhamento, fiscalização e avaliação da Política Nacional do Idoso, no âmbito do Estado de Mato Grosso, observadas as diretrizes do Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2003). Novas atribuições são incluídas, tais como a integração com a rede assistencial de promoção e defesa da pessoa idosa, recomendando a ampliação e criação de serviços de atenção do Idoso, nos Centros de Referências Especializados de Assistência Social – CREAS, implantados no Estado e Mato Grosso e nos Municípios; e acompanhar e avaliar as recomendações e orientações sobre a aplicação da Lei Federal 10.741/2003 (Estatuto do Idoso).

Nesse sentido, percebe-se uma mudança de foco no Conselho, integrando-o ao órgão responsável pelas políticas sociais, e nas suas atribuições que devem estar alinhadas ao Estatuto do Idoso, promulgado após a criação do CEDEDIPI, em 1994. As políticas sociais e estruturas administrativas estabelecidas pelo Serviço Único de Assistência Social – SUAS passam a ser consideradas nas ações do conselho.

Em termos de composição de seus representantes, a Lei 9.400/2010 define 14 membros, guardada a paridade. No entanto, identificou-se a presença de seis

representantes da Sociedade Civil, sete Secretarias de Estado e a Defensoria Pública Estadual. No entanto, esta última a rigor é uma instituição pública e não da sociedade civil, descaracterizando o fundamento de conselho paritário.

Em 20 de julho de 2011 a Lei n. 9.593 altera a vinculação estrutural do CEDEDIPI, agora vinculado à Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos – SEJUDH, mantendo os mesmos princípios e diretrizes conceituais da Lei 9.400/2010.

Fica evidente a institucionalização do CEDEDIPI, ao defini-lo como órgão permanente e paritário, a partir de um arranjo mais democrático, onde as relações estabelecidas entre Estado e Sociedade Civil, mesmo com a diversidade de interesses existente, aproximam mais os formuladores das políticas públicas com os principais interessados, os usuários e beneficiários de tais políticas. Dessa forma, a atuação estrutura pode viabilizar processos participativos e democráticos (KLEBA, COMERLATO e FROZZA, 2015), melhorar a comunicação entre governantes e governados (FIGUEIREDO e SANTO, 2014), e maior participação da sociedade e controle social sobre as políticas governamentais (PRESOTO e WESTPHAL, 2015).

A Tabela 48 apresenta os atuais membros representantes do CEDEDIPI.

Tabela 48 – Composição dos Representantes do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa: Estado de Mato Grosso

REPRESENTANTES GOVERNAMENTAIS	REPRESENTANTES NÃO GOVERNAMENTAIS
Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico – SEDEC	Associação para Desenvolvimento dos Municípios do Estado de Mato Grosso - APDM
Secretaria de Estado de Cultura – SEC	Conselho Regional de Serviço Social – CRESS
Secretaria de Estado de Educação, Esporte e Lazer – SEDUC	Federação dos Aposentados e Pensionistas de Mato Grosso – DEDAPI/MT
Secretaria Adjunta de Esporte e Lazer - SAEL	Ordem dos Advogados do Brasil - OAB
Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos – SEJUDH	Sindicato Estadual dos Aposentados e Pensionistas e Idosos de Mato Grosso - SINDAPI
Secretaria de Estado de Segurança Pública – SESP	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO
Secretaria de Estado de Saúde – SES	Pastoral da Pessoa Idosa – Diocese de Cuiabá
Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso – DPE	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG

Fonte: Lei Estadual de Mato Grosso n. 9.593, de 20 de julho de 2011.

Entre os representantes governamentais estão a Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso e a Secretaria Adjunta de Esporte e Lazer, importantes do ponto de vista da garantia dos direitos do idoso e da necessidade de políticas e programas voltados ao bem estar desses indivíduos. Os representantes da sociedade civil incluem o segmento religioso, conselhos de classe, entidades científicas e instituições de idosos e aposentados.

O CEDEDIPI é constituído pelos órgãos: a) Conselho Pleno; b) Secretaria Executiva; c) Serviço de Apoio Administrativo; d) Comissões Operacionais. Ademais, à SEJUDH cabe prover o apoio administrativo e meios necessários à execução dos trabalhos do Conselho, das comissões permanentes e dos grupos temáticos. Além dos recursos orçamentários e financeiros consignados no orçamento da SEJUDH/MT. Está localizado na Casa dos Conselhos do Estado de Mato Grosso, à Av. General Vale, 567, Bairro Bandeirantes, Cuiabá.

Os Estados da Paraíba e de Mato Grosso apresentam, portanto, trajetórias diferentes na constituição de seus conselhos de direitos do idoso (Tabela 49).

Tabela 49 – Comparativo dos Conselhos Estaduais de Direitos do Idoso: Paraíba e Mato Grosso

Variável	Paraíba	Mato Grosso
Ano de Criação	2009	1994
Número de Leis	2 (duas)	3 (três)
Lei, Número de Membros e Tipo de Composição	<p>Lei n. 8.846/2009: 15 membros titulares e seus suplentes, sendo 7 (sete) do Governo e 8 (oito) Sociedade Civil (três), Não Paritário.</p> <p>Lei n. 9.005/2009: 18 membros titulares e respectivos suplentes, sendo 9 (nove) do Governo e 9 (nove) da Sociedade Civil, Paritário.</p>	<p>Lei n. 6.512/1994: 11 membros titulares, sendo 4 do Governo e 7 da Sociedade Civil, Não Paritário.</p> <p>Lei n. 9.400/2010: 14 membros titulares, sendo 8 do Governo e 6 da Sociedade Civil, Não Paritário.</p> <p>Lei n. 9.593/2011: 16 membros titulares, sendo 8 do Governo e 8 da Sociedade Civil, Paritário.</p>
Estrutura Administrativa e Funcional	Presidente, Vice-Presidente, Secretaria Executiva, Regimento Interno	Conselho Pleno, Secretaria Executiva, Serviços de Apoio, Comissões Operacionais
Apoio Administrativo, Técnico, Operacional e Financeiro-orçamentário	Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano	Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos – SEJUDH

Fonte: Adaptado das Leis de Direitos da Pessoa Idosa nos Estados. Elaboração do autor.

A criação do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa do Estado de Mato Grosso ocorreu muito antes que no Estado da Paraíba, evidenciando que naquele território a questão do envelhecimento populacional passou a ser discutida em termos de gestão pública antes de 1994. Por outro lado, a Lei Estadual que criou o Conselho no Estado da Paraíba é mais detalhada quanto aos princípios, diretrizes e competências não apenas do Conselho, mas da Política Estadual da Pessoa Idosa. Outra diferença é a vinculação do Conselho, enquanto no Estado da Paraíba está ligado à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano, responsável pelas políticas sociais, no Estado de Mato Grosso, está vinculado à Secretaria Estadual de

Justiça e Direitos Humanos. Por fim, nos dois Estados, a composição dos membros representantes não era paritária, à época da criação dos Conselhos, tendo mais representantes da sociedade civil em relação aos representantes governamentais.

Em síntese, nos municípios e estados analisados, o Conselho de Direitos do Idoso apresenta autonomia decisória e tem apoio jurídico para suas deliberações, superando o que Diegues (2013) define como resistência da estrutura governamental em dividir o poder com a sociedade. Apesar de ainda se constituírem como arranjos institucionais em construção, em função das mudanças estruturais que persistem, todos vêm se consolidando como espaços democráticos, com maior articulação entre o Estado e a Sociedade Civil no que diz respeito às políticas, programas e ações de atendimento aos direitos do idoso. Dessa forma, se apresentam como instituições na governança democrática das políticas e programas sociais (SOUZA, 2004; RAMOS *et al.*, 2012).

4.3.3 Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) foi criado, mas também vetado, no texto da Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842) de 1994. Somente oito anos depois, em 13 de maio de 2002, foi criado por meio do Decreto n. 4.227/2002, revogado posteriormente pelo decreto n. 5.109/2004. A coordenação era do Ministério da Previdência e Assistência Social, mas o desmembramento daquele ministério em dois, um da Previdência Social e outro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome coloca a política do idoso sob a coordenação desde último. Em 2009, mais uma mudança, sendo a coordenação repassada ao Ministério da Justiça, junto à Secretaria de Direitos Humanos. A mudança foi justificada pela abrangência dos direitos da pessoa idosa que envolvem mais de uma dimensão temática da política pública (GIACOMIN, 2013).

Segundo a autora, a trajetória histórica reflete a dificuldade de implementação da Política Nacional do Idoso (PNI) e repercute na visibilidade e na eficiência do CNDI. Vários gestores já se seguiram e a cada mudança, o CNDI tem seu funcionamento prejudicado, por períodos de descontinuidade da gestão federal do PNI. Além disso, não há um entendimento sobre o quê e a quem compete a gestão da política do idoso, nos âmbitos estaduais e municipais, que ora está na área de Direitos Humanos ou de Cidadania, ora na secretaria do Trabalho, na Assistência Social ou em qualquer pasta, a depender da opinião do chefe do Executivo.

Nesse sentido, dificulta na formação de um ambiente institucional, com as regras gerais de funcionamento do sistema, bem como no arranjo institucional, com regras específicas definidas pelos atores nas relações estabelecidas, delimitando quem está apto ou não a participar (GOMIDE e PIRES, 2014).

As principais atribuições formais do CNDI incluem supervisionar e avaliar a PNI; acompanhar a implementação da PNI, no âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios; assessorar os conselhos estaduais, do Distrito Federal e municipais; zelar pela efetiva descentralização político-administrativa e pela participação de organizações representativas dos idosos na implementação de política, planos, programas e projetos de atendimento ao idoso (BRASIL, 2013).

A composição inicial do CNDI tinha 19 membros, com mandatos de 2 anos, permitida a recondução por igual período: 10 representantes ministeriais e 9 representantes da sociedade civil organizada. Dessa forma, não havia paridade entre representantes governamentais e não governamentais. Em 27 de junho de 2002, o Decreto n. 4.287 altera o total de representantes da sociedade civil para 10 membros, tornando-se assim paritário, além de definir os suplentes para cada titular do CNDI (BRASIL, 2013). Em 17 de junho de 2004, o Decreto n. 5.109 alterou a composição, em um total de 28 membros, guardada a paridade. A composição atual – biênio 2016-2018 está descrita na Tabela 50.

Tabela 50 – Composição dos Representantes do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

REPRESENTANTES GOVERNAMENTAIS	REPRESENTANTES NÃO GOVERNAMENTAIS
Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República	Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura – CONTAG
Ministério das Relações Exteriores	Confederação Nacional das Instituições Financeiras – CFESI
Ministério do Trabalho e Emprego	Conselho Federal de Serviço Social – CFESS
Ministério da Educação	Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COPAB
Ministério da Saúde	Sindicato Nacional dos Trabalhadores, Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINTAP
Ministério da Cultura	Associação Nacional de Gerontologia do Brasil – ANG Brasil
Ministério do Esporte	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG
Ministério da Justiça	Serviço Social do Comércio – SECS
Ministério da Previdência Social	Associação Nacional dos Defensores Públicos - ANADEP
Ministério de Ciência e Tecnologia	Assoc. Nacional de Membros do Min. Público de Defesa Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência - AMPID
Ministério do Turismo	Ordem dos Advogados do Brasil – OAB
Ministério do Desenvolvimento Social	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN
Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão	Pastoral da Pessoa Idosa da Companhia Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB
Ministério das Cidades	Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAS

Fonte: Ata da Assembleia da eleição do CNDI (2016)

Identifica-se entre os representantes, vários setores importantes como trabalhadores; aposentados e pensionistas; comunidade científica; educação, lazer, esporte, cultura, turismo; defesa de direitos; atendimento ao idoso. Essa diversidade permite maior discussão e diferentes ângulos de abordagens sobre as políticas que são realmente relevantes para melhorar a vida das pessoas idosas.

No entanto, vários pontos de fragilidades permeiam ainda o CNDI: não dispor de uma lei de criação o fragiliza legal e administrativamente, pois para funcionar depende da estrutura administrativa que lhe oferece o órgão gestor da Política que ele deve fiscalizar, reduzindo consideravelmente a capacidade de atuação e a autonomia do Conselho. Por exemplo, o CNDI delibera, mas há uma lentidão na publicação das resoluções que compromete sua eficiência, como se a capacidade de resolução ficasse submissa ao gestor e, assim, ferindo o papel de controle democrático reservado ao conselho (GIACOMIN, 2013).

Desse modo, o CNDI não atende completamente aos preceitos dos novos arranjos institucionais, desenvolvidos a partir dos anos 1980, definidos como novos modelos de ação coletiva e sociabilidade na esfera pública em busca de melhores resultados (VAISTMAN, 2002), que promovem uma cultura cívica e democrática e a formação de capital social (GIOVANELLA *et al.*, 2002), se assemelhando com os antigos arranjos institucionais, caracterizados pela centralidade nas decisões e políticas públicas marcadas pela fragmentação institucional (FARAH, 2001).

4.4 Políticas, Programas, Projetos e Ações de Atenção ao Idoso nos Municípios

Esta seção analisa a concepção e execução das políticas públicas nos municípios, considerando aspectos essenciais como a legislação pertinente, os órgãos e atores envolvidos, as articulações existentes entre as secretarias municipais e entes da federação, a gestão dos territórios no que se refere à oferta de serviços e ações originadas das políticas públicas, a institucionalização e legitimação das políticas de atendimento ao idoso nos territórios estudados, e a repercussão das mesmas nos municípios vizinhos.

4.4.1 Legislação e o Atendimento aos Direitos do Idoso

São analisadas as principais Leis Federais, dos Estados da Paraíba e Mato Grosso, e dos municípios de João Pessoa e Cuiabá, que defendem os direitos da pessoa idosa. As leis referentes aos Conselhos não serão abordadas nesta seção,

pois já foram analisadas anteriormente. Os princípios legais regem a Administração Pública e, conseqüentemente, as políticas públicas desenvolvidas para atender segmentos populacionais.

4.4.4.1 Leis e Decretos Federais

No capítulo 1 – Fundamentação Teórica, subseção 2.3.3, já foi discorrido sobre o conjunto de lei, decretos e portaria relativas aos direitos do idoso, no âmbito federal. Aqui, são destacados e analisados os principais pontos das Leis 10.048/2000 (Prioridade no Atendimento), 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e 12.435/2011 (Organização da Assistência Social) e do Decreto n. 5.296/2004 (Prioridade de Atendimento e Critérios Básicos para a Promoção da Acessibilidade).

Os idosos, assim como portadores de deficiência, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas de crianças de colo, passaram a ter atendimento prioritário, garantido por Lei, a partir de 8 de novembro de 2000. Assim, as repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário, por meio de serviços individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato a esses segmentos especificados anteriormente. Determina ainda que as empresas de transporte e as concessionárias de transporte coletivo reservarão assentos, devidamente identificados a essas pessoas (BRASIL, 2013).

O Estatuto do Idoso, de 2003, é um marco na garantia dos direitos do idoso, estabelecendo prioridade no atendimento junto a órgão públicos e privados, na formulação e execução de políticas sociais públicas específicas, e na garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais (Tabela 51).

A partir da tabela é possível observar a evolução das políticas públicas no atendimento ao idoso no Brasil. Entretanto, é uma experiência bem mais atual do que nos Estados Unidos (LUSKY; 1986; BUNKHAUDER e DUNCAN, 1991) e Grã-Bretanha (BOCHEL, 1988), em que políticas em áreas como saúde e assistência social já eram implantadas nos anos 1980. Ressalta-se também que no Brasil há um crescimento de demanda por serviços sociais ofertados a partir do poder público, abrangidos não apenas no Estatuto do Idoso, mas também na legislação específica (LOAS). Esta conjuntura também está presente nos Estados Unidos desde a década de 1980 (BINNEY, ESTES e JUNGMAN, 1990), e que nas análises de Lusky (1986),

as políticas públicas nos Estados Unidos devem buscar a expansão e melhorias da saúde e serviços sociais para o idoso do século 21.

Tabela 51 – Principais Direitos Garantidos no Estatuto do Idoso

ÁREA	DIREITO DO IDOSO
Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção integral por meio do SUS. - Acompanhante em caso de internação ou observação. - Opção pelo tratamento que lhe for reputado mais favorável, em caso de domínio de suas faculdades mentais.
Educação, Cultura, Esporte e Lazer	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação de currículos, metodologias e material didáticos dos programas educacionais a ele destinado. - Desconto de pelo menos 50% nos ingressos em eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como acesso preferencial aos locais. - O poder público apoiará a criação de universidade aberta ao idoso.
Profissionalização e Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Respeito às condições físicas, intelectuais e psíquicas. - Primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao de idade mais elevada. - Estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho.
Previdência Social	<ul style="list-style-type: none"> - Valores dos benefícios serão reajustados na mesma data do reajuste do salário-mínimo.
Assistência Social	<ul style="list-style-type: none"> - 1 (um) salário mínimo para idosos a partir de 65 anos, que não possuem meios para prover sua subsistência, nem provida por sua família. - Entidade de longa permanência, ou casa-lar, poderá ficar com a até 70% de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social do idoso.
Habitação	<ul style="list-style-type: none"> - Reserva de 3% das unidades residenciais dos programas públicos ou subsidiados com recursos públicos. - Eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas.
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> - Gratuidade nos transportes públicos coletivos urbanos e semiurbanos para maiores de 65 anos. - Reserva de 10% nos assentos dos veículos de transporte coletivo, devidamente identificados com a placa de reservado preferencialmente. - Para idosos entre 60 e 65 anos, fica a critério da legislação local dispor sobre a gratuidade nos meios de transportes prevista na lei. - Reserva de 2 (duas) vagas gratuitas, no sistema de transporte coletivo interestadual, por veículo, para idosos com renda até 2 (dois) salários mínimos. - Desconto de 50%, no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda até 2 (dois) salários mínimos. - Reserva de 5% das vagas de estacionamentos públicos e privados, as quais devem ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao idoso.

Fonte: Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003).

A garantia do benefício de um salário mínimo para idosos a partir de 65 anos, sem condições de prover sua própria subsistência é um programa que se assemelha ao *National Old Age Pension Scheme* (NOAPS), da Índia, criado em 1995 como forma de propiciar uma pensão a pessoas com idade a partir de 65 anos, sem renda regular ou apoio familiar. Registre-se que no Brasil esse benefício está sob ameaça pelo Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 287, que altera as normas vigentes para a política de seguridade social. Para Srivastava e Moharty (2012), a idade deve ser uma dimensão integrada na formulação de políticas sociais, sobretudo, às relacionadas à pobreza.

O Estatuto do Idoso, ao estabelecer políticas, programas, projetos e ações em áreas como saúde, educação, cultura, esporte e lazer, e assistência social, procura oferecer melhores condições de vida a essa população. Estudo de Liao, Chang e Sun (2012), em Taiwan, sobre o programa *National Health Insurance* (NHI), procurou analisar a relação entre o NHI e a satisfação com a vida do idoso. Os resultados mostraram uma relação significativa, mas também outros fatores foram determinantes para a satisfação, como Educação, Estilo de Vida e Atividades Sociais. Nesse sentido, não apenas o órgão público responsável pela saúde deve desenvolver políticas públicas, mas outras áreas em conjunto, de modo a alcançar resultados mais efetivos.

Ainda de acordo com o Estatuto, são estabelecidas medidas de proteção ao idoso, quando seus direitos forem ameaçados ou violados, tendo o Ministério Público ou o Poder Judiciário como instituições para tomar as providências nesses casos. Em relação às entidades de atendimento ao idoso, governamentais e não governamentais, ficam sujeitas à inscrição de seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa. Estas instituições, mais o Ministério Público e outras previstas em lei, fiscalizarão as entidades de atendimento. Quanto aos Conselhos, além de fiscalizar, farão a supervisão, acompanhamento e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.

Em 2004, o Decreto n. 6.296 regulamenta a Lei n. 10.048/2000, que dá prioridade no atendimento a pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida (às quais incluem os idosos) em órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, empresas prestadoras de serviços públicos e as instituições financeiras. Estabelece também as condições gerais da acessibilidade, a fim de que essas pessoas possam utilizar, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos humanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação (BRASIL, 2013).

Por fim, em 2011, houve uma reorganização da Assistência Social e alterações na LOAS, possibilitando ampliar o campo de atuação das políticas sociais. A gestão fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A

assistência social passa se organizar em dois tipos de proteção: proteção social básica e proteção social especial, ofertadas no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), respectivamente, e pelas entidades sem fins lucrativos. Na Tabela 52 são descritos os principais conceitos instituídos pela organização da assistência social.

Tabela 52 – Organização da Assistência Social

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais.
Proteção Social Básica	Conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social.
Proteção Social Especial	Conjunto de serviços, programas e projetos que objetiva contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários e no enfrentamento das violações de direitos.
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	Unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços sócio assistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos de proteção social básica às famílias.
Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)	Unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções da proteção social especial.
Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)	Integra a proteção social básica e consiste na oferta de ações e serviços de prestação continuada, nos CRAS, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de prevenir o rompimento de vínculos familiares e a violência.
Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)	Integra a proteção social especial e consiste no apoio, orientação e acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, articulando os serviços sócioassistenciais com as diversas políticas públicas e com órgãos do sistema de garantia de direitos.

Fonte: Organização da Assistência Social (Lei n. 12.435, de 6 de julho de 2012).

É evidente a evolução da estrutura organizacional na área de assistência social, garantida por Lei Federal, mas essencialmente presente no nível local ou regional. Além da ampliação das políticas públicas, seja na prevenção (Proteção Social Básica) como no apoio em casos de violação de direitos (Proteção Social Especial), o poder público formatou unidades administrativas como os CRAS e CREAS, para a execução das políticas, programas, projetos e ações. Na análise sobre as políticas públicas nos municípios de João Pessoa e Cuiabá, serão contempladas essas unidades e como as mesmas estão estruturadas e divididas territorialmente no atendimento à população idosa e, por extensão, a outros segmentos sociais.

A legislação federal direciona como as leis estaduais e municipais devem ser formuladas e publicadas, as quais serão descritas e analisadas a seguir.

4.4.4.2 Leis e Decretos Estaduais: Paraíba e Mato Grosso

A legislação do Estado da Paraíba assegura os direitos do idoso e as melhorias de condições de vida dessa população (Tabela 53).

Tabela 53 – Legislação do Estado da Paraíba na Defesa dos Direitos do Idoso

LEGISLAÇÃO ESTADUAL	DESCRIÇÃO
Lei n. 10.640, de 17 de março de 2016	Dispõe sobre a Política Estadual para Incentivo à Profissão de Cuidadores de Idosos e dá outras providências
Decreto n. 35.072, de 10 de junho de 2014	Dispõe sobre o Programa Habitacional Cidade Madura, e dá outras providências.
Lei n. 9.005, de 30 de dezembro de 2009	Altera os Art. 1º, 9º e 17 da Lei n. 8.846, de 25 de junho de 2009 e dá outras providências.
Lei n. 8.846, de 25 de junho de 2009	Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso, cria o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa e dá outras providências.
Lei n. 8.847, de 25 de junho de 2009	Dispõe sobre a Gratuidade no Transporte Público Intermunicipal do Estado

Fonte: Legislação Estadual da Paraíba. Elaboração do autor.

A Lei n. 10.640/2016 define como Cuidador de Idoso todo aquele que desempenha funções dentro do ambiente familiar ou de instituições voltadas para o idoso, como as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). As atividades desempenhadas incluem a prestação de apoio emocional e na convivência social do idoso; auxílio na realização de tarefas relacionadas à higiene pessoal, administração de medicamentos e rotinas de nutrição, auxílio nas atividades de educação, saúde, cultura e lazer do idoso, principalmente em sua locomoção e deslocamento, auxílio ao idoso em IPLIs, hospitais, centros de saúde, eventos culturais e sociais. Leis dessa natureza devem ser publicadas na gestão pública, dada a relevância de formar pessoas nos cuidados ao idoso, contemplando conhecimentos multidisciplinares e, sobretudo, sobre o processo de envelhecimento.

Na área de habitação, o Decreto n. 35.072/2004 cria o Programa Cidade Madura, sob a responsabilidade da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano – SEDH e da Companhia Estadual de Habitação Popular – CEHAP. O objetivo é promover acesso de idosos de ambos os sexos, que não dispõem de condições para permanecer no meio familiar, à moradia digna e equipada para a convivência social e lazer em condições habitacionais às necessidades das pessoas idosas, mas com independência para realizar os próprios cuidados diários. Desse modo, são idosos independentes, que não necessitam de auxílio de cuidadores.

Atualmente existem três condomínios instalados nos municípios de João Pessoa, Campina Grande e Cajazeiras.

Quanto à Política Estadual do Idoso, de acordo com a Lei n. 9.005/2009, tem como finalidade assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, com idade a partir dos 60 anos, oportunizando condições para promover sua autonomia, participação e integração efetiva na sociedade, respeitando as diretrizes estabelecidas na legislação federal, em especial, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso.

Para a execução da política estadual da pessoa idosa, a Lei n. 8.846/2009 define como *princípios* o dever da família, da sociedade e do Estado em garantir à pessoa idosa a sua plena convivência familiar e participação na comunidade; a divulgação sistemática dos conhecimentos relativos ao processo de envelhecimento; e respeitar as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as condições entre o meio rural e o urbano no Estado da Paraíba.

Quanto às *diretrizes*, destacam-se a participação da pessoa idosa por meio de suas organizações representativas, na formulação, implementação, avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; o fortalecimento e a valorização dos vínculos familiares, de modo a evitar o abandono do idoso ou internação inadequada e desnecessária em Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPIs); estímulo aos estudos e pesquisas relacionadas às condições reais e às melhorias da qualidade de vida no processo de envelhecimento; capacitação de pessoas nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços; prioridade no atendimento à pessoa idosa nos órgãos públicos e privados prestadores de serviços.

Para alcançar os objetivos da Política Estadual da Pessoa Idosa, respeitando seus princípios e diretrizes, são definidas competências de sete órgãos, nas seguintes áreas: (1) Trabalho, Promoção e Assistência Social, (2) Saúde, (3) Educação e Esporte, (4) Cultura, (5) Justiça, (6) Infraestrutura, e (7) Indústria, Comércio e Turismo. O objetivo é articular as ações nessas áreas na formulação e execução das políticas públicas, de modo a torná-las eficientes e eficazes, otimizando recursos e alcançados resultados efetivos.

No Estado de Mato Grosso, a legislação referente à defesa dos direitos da pessoa idosa e a promoção de melhorias condições de vida está na Tabela 54.

Tabela 54 – Legislação do Estado de Mato Grosso na Defesa dos Direitos do Idoso

LEGISLAÇÃO ESTADUAL	DESCRIÇÃO
Lei n. 10.320, de 21 de setembro de 2015	Acresce dispositivos à Lei n. 8.823, de 16 de janeiro de 2008, que trata da gratuidade de passagem a idosos
Lei n. 8.823, de 16 de janeiro de 2008	Dispõe sobre a Gratuidade no Transporte Coletivo Intermunicipal para Aposentados e Pensionistas e dá outras providências.
Lei Complementar n. 131, de 17 de julho de 2003	Institui o Estatuto da Pessoa Idosa no Estado de Mato Grosso e dá outras providências.

Fonte: Legislação Estadual de Mato Grosso. Elaboração do autor.

A questão da gratuidade no transporte intermunicipal para idosos no Estado de Mato Grosso é regulamentada por duas leis. A Lei n. 8.823/2008 determina que deverão ser reservadas duas vagas por veículos acima de 20 lugares e uma por veículos de até 20 lugares para idosos com rendimentos de até dois salários mínimos. Para casos de idosos que não conseguem a gratuidade dentro dos limites definidos, a Lei n. 10.320/2015 define que estes devem ter descontos de 50%, no mínimo, no valor das passagens, ressalvadas os parâmetros de rendimento, que não devem exceder dois salários mínimos. Essas iniciativas legais podem estimular o turismo desse extrato populacional, proporcionando melhoria da convivência social e de lazer do idoso.

A Lei Complementar n. 131/2003 tem por objetivo assegurar a implementação da Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842/1994), definindo princípios e diretrizes da política da pessoa idosa, no âmbito do Estado de Mato Grosso. São estabelecidos os direitos da pessoa idosa como acesso à saúde, participação na formulação das políticas públicas, acesso à justiça, acesso à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer. Assim, são definidas ações e responsabilidades setoriais, nas seguintes áreas: Promoção e Assistência Social. Saúde, Educação, Trabalho, Habitação e Urbanismo, Cultura, Esporte e Lazer, Previdência Social. Ressalta-se que o Estatuto do Estado de Mato Grosso é anterior ao Estatuto do Idoso.

4.4.4.3 Leis Municipais: João Pessoa e Cuiabá

A legislação do município de João Pessoa referente aos direitos do idoso se constitui de uma série de documentos, em áreas como Saúde, Habitação, Atendimento, Transporte, Eventos e Lazer, Espaços Públicos (Tabela 55).

Tabela 55 – Legislação do Município de João Pessoa na Defesa dos Direitos do Idoso

LEGISLAÇÃO MUNICIPAL	DESCRIÇÃO
Lei n. 13.040, de 2 de julho de 2015	Dispõe sobre a Concessão de Preferência na Destinação às Pessoas com Deficiência, Portadores de Moléstias Graves e Idosos das Unidades Habitacionais Localizadas em Andar com Melhores Condições de Acesso nos Programas Municipais de Habitação.
Lei n. 13.003, de 20 de janeiro de 2015	Dispõe sobre a Tolerância de Período Mínimo para Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais, Idosos e Gestantes em Estacionamentos de João Pessoa.
Lei n. 12.802, de 3 de fevereiro de 2014	Determina Espaços de Lazer para Idosos nas Praças e Parques Públicos no Município de João Pessoa.
Lei n. 12.639, de 16 de setembro de 2013	Dispõe sobre a Reserva de Assentos Oferecidos ao Público para Idosos e Pessoas com Deficiência nos Estabelecimento Comerciais e dá outras providências.
Lei n. 12.632, de 12 de agosto de 2013	Institui o Selo de Respeito ao Idoso, e dá outras providências.
Lei n. 12.354, de 9 de fevereiro de 2012	Dispõe sobre Orientação Nutricional a População Carente e Acompanhamento Nutricional de Gestantes, Crianças Até 6 Anos de Idade e Idosos.
Lei n. 12.292, de 12 de janeiro de 2012	Dispõe sobre a Reserva de Habitação para Idosos de Baixa Renda nos Programas Habitacionais da Cidade.
Lei n. 10.303, de 12 de janeiro de 2012	Dispõe sobre a Criação do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, a Política Municipal dos Direitos do Idoso.
Lei n. 12.213, de 27 de setembro de 2011	Inclui no Calendário Oficial do Município de João Pessoa o “Dia Municipal de Conscientização da Violência Contra Idosos”.
Lei n. 12.212, de 27 de setembro de 2011	Dar Publicidade aos Direito de Descontos de 50% para ao Idosos nos Eventos.
Lei n. 12.029, de 20 de janeiro de 2011	Institui o Fundo Municipal do Idoso – FMI/JP e dá outras providências.
Lei n. 11.815, de 7 de dezembro de 2009	Dispõe sobre a Fixação de Aviso sobre o Direito do Idoso a ter Acompanhante na Unidade de Saúde.
Lei n. 11.790, de 3 de novembro de 2009	Determina que seja Sinalizado em Cor Amarelo os Assentos Reservados Exclusivamente para Idosos nos Transportes Coletivos da Cidade de João Pessoa.
Lei n. 11.676, de 30 de abril de 2009	Institui a “Semana do Idoso” no âmbito do município.
Lei n. 10.713, de 9 de janeiro de 2006	Dispõe sobre a Obrigatoriedade dos Estabelecimentos Comerciais e de Entretenimento dos Estabelecimentos Comerciais e de Entretenimento Equiparem os Banheiros Destinados aos Clientes, com Estrutura para Atender Pessoas Idosas e Portadoras de Necessidades Especiais no Município de João Pessoa.

Fonte: Legislação Municipal de João Pessoa. Elaboração do autor.

No campo da *Política Municipal de Atendimento aos Direitos do Idoso*, a Lei n. 10.303/2012 define as seguintes linhas de ação no Município de João Pessoa: I - políticas sociais básicas, rede integrada de assistência específica para idoso; II - políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que deles necessitem; III - serviços especiais de prevenção e atendimento médico, psicossocial e redução de danos às vítimas de negligência em sentido amplo; e IV - proteção por entidades de defesa dos direitos da pessoa idosa.

Para isso, as ações do governo municipal devem coordenar e elaborar o "Plano de Ação Governamental Integrado para a implementação da Política Municipal do Idoso" e a proposta orçamentária em conjunto com as demais secretarias, responsáveis pelas políticas da Saúde, Assistência Social, Educação, Planejamento, Finanças, Turismo, Urbanismo, Justiça, Esporte, Habitação, Cultura e Lazer. Além de articular-se com as Secretarias Estaduais e órgãos Federais, responsáveis pelas políticas de Saúde, Assistência Social, Trabalho, Habitação, Justiça, Cultura, Educação, Esporte e Lazer e Urbanismo.

São definidas ainda, na implantação da Política Municipal dos Direitos do Idoso em João Pessoa, competências para diversas áreas, especialmente sobre informações, pesquisas, eventos e palestras: Assistência Social; Saúde; Educação; Planejamento, Habitação e Urbanismo; Justiça; Cultura, Turismo, Esporte e Lazer; e Comunicação. Essas prerrogativas atendem às funções estabelecidas pela Constituição de 1988 para os conselhos, que é orientar a população idosa sobre seus direitos nas mais diversas áreas (BRASIL, 1988).

Para isso, de acordo com a legislação, o Município deverá garantir no orçamento público municipal recursos destinados à implementação da política integral voltada para a pessoa idosa, que deve ocorrer por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, do Estado e do Município.

Atendendo à legislação sobre a Política Municipal do Idoso, foram publicadas diversas leis que objetivam melhorar as condições de vida da população idosa, em vários aspectos. A Lei n. 12.632/2013 tem como finalidade oferecer às empresas do comércio instaladas na cidade o "Selo de Respeito ao Idoso", para aquelas que garantem atendimento de qualidade aos idosos, muitas vezes discriminados nas relações comerciais. A Lei n. 12.313/2011 inclui no calendário oficial da cidade o "Dia Municipal de Conscientização da Violência Contra Idosos", celebrado anualmente em 01 de outubro, ficando o poder executivo autorizado a estimular e promover campanhas de conscientização social sobre as diversas formas de violências praticadas contra idosos, como a física, mental, financeira e patrimonial.

Com o objetivo de tornar *Espaços Públicos* adequados ao uso e lazer do idoso, a Lei n. 12.802/2014 estabelece que as praças públicas sejam estruturadas com mesas e bancos fixos para a prática de jogos como damas, baralho e xadrez e outras atividades atrativas aos idosos. Em relação aos estabelecimentos comerciais

como supermercados, hipermercados, shopping centers, centros comerciais ou assemelhados deverão reservar ao menos 10% dos assentos oferecidos aos idosos e pessoas com deficiência, de acordo com a Lei 12.639/2013. Em eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, a Lei n. 12.212/2011 institui o desconto de 50% para os idosos, além do acesso preferencial aos respectivos locais, contribuindo assim para a socialização do idoso e sua segurança nesses espaços.

Na área de *Habitação*, a Lei n. 12.292/2012 estabelece a reserva de 10% das unidades construídas por meio do programa de habitação do município para idosos a partir de 65 anos e com rendimento médio familiar de até três salários mínimos. Essa política contempla a inclusão de idosos, sob o ponto de vista demográfico, mas também econômico.

No campo da *Saúde*, Lei n. 11.815/2009 determina que as Unidades de Saúde ficam obrigadas a afixar, em local visível, aviso sobre os direitos do idoso a ter acompanhante por ocasião de internação ou observações. Já a Lei n. 12.354 autoriza o Poder Executivo a dar orientação nutricional à população carente e acompanhamento nutricional de gestantes, crianças de até 6 (seis) anos de idade e idosos, com o objetivo de prevenir a morte por desnutrição e a prevenção de doenças. Fica estabelecido que os bairros com maiores índices de pobreza terão prioridade na implementação da lei.

Em 2011, a Lei n. 12.029 instituiu o Fundo Municipal do Idoso de João Pessoa – FMI/JP como instrumento de financiamento da Política de Assistência Social para os Idosos, tendo como finalidade a captação, gerenciamento e aplicação dos recursos financeiros, objetivando promover, manter e garantir a execução da política pública de assistência social ao idoso, ouvindo o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, que deve aprovar a execução do plano anual de aplicação. O FMI/JP está vinculado à Secretaria de Assistência Social – SEDES, que dará transparência a toda movimentação do fundo.

Outra legislação relevante do município é a que se refere à “Semana do Idoso” (Lei n. 11.676/2009), a ser comemorada anualmente entre os dias 25 de setembro e 1º de outubro, Dia Internacional do Idoso. Este evento consta no calendário oficial da cidade, com o objetivo de estimular o idoso a fazer atividades físicas e mentais, conscientizar o idoso de sua importância na construção de uma sociedade com maior qualidade de vida e sensibilizar os diversos segmentos da sociedade sobre o papel e importância do idoso. Para isso, o Poder Executivo

Municipal promoverá palestras, cursos, shows, atividades médicas e exames laboratoriais para a promoção dos idosos.

O município de Cuiabá apresenta, a partir de 2003, um conjunto de leis que garantem os direitos do idoso, tais como Combate à Violência, Atendimento em Espaços Públicos e Privados, Esporte e Lazer e Acessibilidade (Tabela 56).

Tabela 56 – Legislação do Município de Cuiabá na Defesa dos Direitos do Idoso

LEGISLAÇÃO MUNICIPAL	DESCRIÇÃO
Lei n. 5.946, de 19 de junho de 2015	Cria a Notificação Compulsória da Violência Contra a Pessoa Idosa, Revoga-se a Lei n. 4.588/2004.
Lei n. 5.646, de 26 de fevereiro de 2013	Dispõe sobre a Destinação de Vagas para Pessoas com Deficiências, Idosos e Gestantes nos Estabelecimentos Públicos e Privados no Município de Cuiabá.
Lei n. 5.589, de 16 de outubro de 2012	Dispõe sobre a Instituição do Programa Prática Esportiva para Idosos, e dá outras providências.
Lei n. 5.514, de 27 de dezembro de 2011	Institui o Dia Municipal da Conscientização da Violência Praticada Contra os Idosos e dá outras providências.
Lei n. 5.370, de 22 de dezembro de 2010	Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Local Exclusivo nas Praças de Alimentação, para Deficientes, Idosos e Gestantes, em Centros Comerciais, Shopping Centers, Hiper e Supermercados, e dá outras providências.
Lei n. 5.334, de 10 de outubro de 2010	Institui a Política Municipal de Assistência Social no Âmbito do Município de Cuiabá, e dá outras providências.
Lei n. 5.327, de 17 de setembro de 2010	Dispõe sobre o Atendimento Diferenciado à Mulher Chefe de Família, à Mulher Idosa e Mulher com Deficiência nos Programas de Habitação Popular do Município.
Lei n. 5.255, de 30 de novembro de 2009	Lei Geral de Acessibilidade das Pessoas Portadoras de Deficiências ou com Mobilidade Reduzida, Grávidas e Idosos em Cuiabá e dá outras providências
Lei n. 5.233, de 15 de setembro de 2009	Dispõe sobre o Acesso Preferencial aos Idosos, Portadores de Deficiência e Gestantes em Eventos Culturais, Artísticos, Desportivos e Similares em Cuiabá.
Lei n. 4.724, de 10 de janeiro de 2005	Institui em Cuiabá a Semana de Consciência e Respeito às Pessoas da Terceira Idade e dá outras providências.
Lei n. 4.663, de 18 de novembro de 2004	Determina a Disponibilidade de Cadeiras de Rodas para Atendimento ao Idoso nas Agências Bancárias.
Lei n. 4.626, de 2 de agosto de 2004	Assegura aos Deficientes Físicos, Idosos, Gestantes e Adultos Acompanhados de Crianças de Colo o Atendimento Especial no Transporte Coletivo de Cuiabá.
Lei n. 4.612, de 2 de agosto de 2004	Destina Espaços Especificamente Demarcados para Embarque e Desembarque de Deficientes Físicos, Visuais e Idosos no Centro Comercial de Cuiabá.
Lei n. 4.568, de 5 de maio de 2004	Dispõe sobre a Existência de Espaços de Lazer para Idosos nas Praças Públicas no Município de Cuiabá.
Lei n. 4.566, de 5 de maio de 2004	Dispõe sobre a Vacinação Contra Gripe em Idosos.
Lei n. 4.463, de 24 de novembro de 2003	Institui o Dia Municipal do Idoso, no Município de Cuiabá e dá outras providências.
Lei n. 4.399, de 17 de julho de 2003	Assegura Direito à Prioridade de Atendimento em Hospitais e Posto de Saúde, sediados em Cuiabá, às pessoas idosas e aos portadores de deficiência.
Lei n. 4.402, de 17 de julho de 2003	Obriga a MTU a Emitir Carteira de Isenção de Idosos nas Tarifas do Sistema de Transporte Coletivo de Cuiabá.

Fonte: Legislação Municipal de Cuiabá. Elaboração do autor.

A Lei n. 5.946/2015 cria a Notificação Compulsória da Violência Contra a Pessoa Idosa a ser observada nos serviços públicos e privados que prestam

atendimento ao idoso vítima de violência ou maus tratos, como estabelecimentos educacionais, de assistência social, de cuidado coletivo, unidades laboratoriais, institutos de pesquisas e serviços de hemoterapia. Consideram-se as seguintes tipologias de violência: Física, Psicológica, Sexual, Abandono, Negligência, Patrimonial e Econômica, Auto Negligência, Autoprovocada, Medicamentosa, Emocional e Social. Já a Lei n. 5.514/2011 institui o Dia Municipal de Conscientização da Violência Contra os Idosos, a ser celebrado anualmente em 15 de junho, ficando o Poder Executivo autorizado a estimular e promover campanhas de conscientização social acerca das diversas formas de violência praticadas contra a pessoa idosa.

No setor de *Atendimento em Espaços Públicos e Privados*, ficam asseguradas 5% das vagas destinadas ao estacionamento de veículos às pessoas com deficiência, idosos e gestantes, conforme a Lei n. 5.646/2005. Para a identificação, a Secretaria Municipal de Trânsito e Transportes Urbanos – SMTU fica encarregada de realizar o cadastramento e a emissão e credencial. Fica determinado ainda que os estabelecimentos destinem caixas exclusivos para o atendimento desses usuários. Já a Lei n. 5.370/2010 aprova a obrigatoriedade dos centros comerciais, shopping centers e supermercados de disponibilizar 10% de suas cadeiras nas praças de alimentação como locais preferenciais para deficientes, idosos e gestantes, que devem fixar em locais de grande visibilidade placas ou adesivos indicativos dos espaços preferenciais.

Na questão da *Acessibilidade*, a Lei n. 5.255/2009 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção de acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência ou mobilidade reduzida, grávidas e idosos no município de Cuiabá, mediante a supressão de barreiras e obstáculos nas vias públicas e espaços de uso público, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação. A Lei n. 4.663/2004 determina que as agências bancárias situadas na cidade disponibilizem cadeiras de rodas à disposição de seus clientes maiores de 65 anos, que apresentam problemas de locomoção. Também define que o atendimento será efetuado necessariamente no andar térreo, salvo nos casos em que existam serviços de elevadores.

Sobre *Transporte e Mobilidade*, a Lei n. 4.626/2004 assegura aos deficientes físicos, idosos gestantes e adultos acompanhados de crianças de colo 20% dos assentos dos ônibus que integram a frota que opera no transporte coletivo em

Cuiabá. As cadeiras reservadas virão com distintivos próprios ou convencionais, indicando os assentos, e todos os veículos devem afixar placas indicativas sobre as regras de uso desses assentos.

Na área de *Esportes*, a Lei n. 5.589/2012 instituiu o Programa Prática Esportiva para Idosos, destinado a promover atividades físicas gratuitas em clubes municipais, clubes da comunidade, praças e parques. Para a execução, o Poder Público Municipal poderá manter convênios e parcerias com outras esferas de governo, universidades, escolas, entidades não governamentais do terceiro setor e com a iniciativa, de modo a disponibilizar orientadores que acompanharão as atividades desenvolvidas. Essa iniciativa se caracteriza como articulação interfederativa (LOTTA e FAVARETTO, 2016; DOURADO e ELIAS, 2011) e interinstitucional (MAFRA e VANES, 2009), fundamentais no campo das políticas públicas.

Nos *Programas de Saúde do Idoso*, a Lei n. 4.566/2004 assegura aos idosos a vacinação contra gripe em sua residência, ou asilos, casas de repouso e outras entidades de atendimento, quando comprovadamente, não possam se deslocar aos locais de vacinação. E a Lei n. 4.399/2003 garante aos idosos e portadores de deficiência física, mental e sensorial, o atendimento prioritário em hospitais e postos de saúde, exceto em situações de emergência.

Na área de *Eventos*, a Lei n. 4.724/2005 institui a Semana de Consciência e Respeito às Pessoas da Terceira Idade, a ser realizada anualmente no mês de setembro, com promoção de palestras sobre envelhecimento populacional e atendimento ao idoso, além de atividades recreativas e outras confraternizações, inclusive intergeracional. Por meio da Lei n. 4.463/2003 fica instituído no município de Cuiabá o Dia Municipal do Idoso, a ser comemorado em 22 de setembro, o qual fará parte dos calendários escolar, turístico e cultural da cidade.

No campo das *Políticas e Programas Habitacionais*, a Lei n. 5.327/2010 define atendimento diferenciado à mulher chefe de família, idosa e mulher com deficiência aos programas de habitação popular implementados ou financiados pelo município, destinados à população cuja renda familiar não ultrapasse três salários mínimos, respeitando os critérios estabelecidos na Lei Federal n. 10.741/2003.

Em relação à *Política Municipal de Assistência Social*, é instituída pela Lei n. 5.334/2010, dirigida a cidadãos e grupos que se encontrem em situação de riscos e vulnerabilidade, como famílias, crianças, adolescentes, idosos, deficientes. Dentre

os princípios democráticos, incluem a supremacia do atendimento das necessidades sociais ante a exigência de rentabilidade econômica; respeito à dignidade do cidadão, sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como a convivência familiar e comunitária; igualdade de direitos no acesso ao atendimento; publicidade ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, além dos recursos oferecidos pelo Poder Público para sua concessão.

As diretrizes da política, respeitando as exigências da Constituição Federal de 1988 e a Lei n. 8.743/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS), compreendem a descentralização política-administrativa. Assim, cabem a coordenação e as normas gerais ao Governo Federal, a execução dos programas às esferas Estadual e Municipal, bem como as entidades beneficentes e de assistência social; a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

Destaca-se ainda que a política deva ser realizada de forma integrada às políticas setoriais, articulando com outras secretarias, considerando as desigualdades sócio territoriais, visando seu enfrentamento, à garantia dos mínimos sociais ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais. Para sua execução, as três esferas de governo proverão recursos para o financiamento de programas, projetos e benefícios.

4.4.2 Concepção e Execução: Órgão Principal, Articulação Intersectorial e Interfederativa, e Atores Participantes

As experiências adotadas em torno de políticas, programas, projetos e ações de atenção ao idoso analisadas nesse estudo são as compreendidas a partir de 2003, ano da promulgação do Estatuto do Idoso, nas duas localidades, de forma a abranger mais de um mandato governamental, possibilitando verificar a substancialidade e continuidade das políticas públicas. Ressalta-se que são apresentados primeiro os resultados de João Pessoa e em seguida os de Cuiabá, tendo ao final um quadro comparativo.

A concepção das políticas ocorre basicamente por meio das atribuições deliberativas, formuladoras, propositivas, consultivas, controladoras e fiscalizadoras dos Conselhos de Direitos do Idoso, de Assistência Social e de Saúde, nas três esferas federativas (Federal, Estados e Municípios). Ademais, nas Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, da Assistência Social e do Idoso são

discutidas as demandas sociais e de saúde da pessoa idosa, que possam se transformar em ações efetivas. No entanto, conforme apontam os sujeitos da pesquisa, a participação ainda é muito restrita dos principais atores – idosos, sociedade civil, conselhos, sendo necessária maior divulgação dos eventos, um dos principais instrumentos para deliberar sobre as políticas públicas.

Os conselhos são definidos como atores paraestatais, com representações do governo e da sociedade civil, e em suas competências respeitam as determinações da legislação federal, especialmente da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso, bem como as estaduais e municipais. Assim, além das tipologias Atores Estatais e Não Estatais, de Matias-Pereira (2007), é definido um terceiro tipo nessa pesquisa, o Paraestatal.

Nesse trabalho a concepção se constitui das fases da definição da agenda, formulação da política e tomada de decisão do ciclo das políticas públicas (VIANA, 1996; DRAIBE, 2002; CAPELLA, 2006; WU *et al.*, 2014; JANUZZI, 2014; RAEDER, 2014). Nesse sentido, pretende a tese também compreender como as políticas foram concebidas no município, os atores envolvidos (CARLEI, MARRA e POZZI, 2012; PROCOPIUCK e FREY, 2009), a existência de articulação intersetorial e interfederativa (MAFRA e NOVAES, 2009), e os órgãos governamentais responsáveis.

De acordo com a presidente do CMDI – João Pessoa, as políticas públicas direcionadas à pessoa idosa asseguram seus direitos dentro de uma rede de atenção e na sociedade. Para isso, é importante a participação do CMDI no desenvolvimento das políticas públicas do idoso, que ocorre de várias formas:

- Reunião ordinária mensal, e reunião extraordinária quando necessário;
- Orientações em instituições públicas e privadas sobre envelhecimento: grupos de convivência, escolas, associações;
- Realização de campanhas contra a violência à pessoa idosa;
- Divulgação do Estatuto do Idoso;
- Elaboração de planejamento anual de atividades.

Nesse processo, várias instituições influenciam e participam, de acordo com os membros do conselho: Delegacia do Idoso na segurança da pessoa idosa; Ministério Público, com encaminhamentos, orientações e fiscalização; Universidades e Faculdades por meio de capacitação de pessoal, rodas de conversa, conferências

e palestras sobre envelhecimento, papel social do idoso, respeito à pessoa idosa, direitos e saúde do idoso; Mídia, na divulgação das ações do conselho, por meio de assessoria de imprensa e entrevistas aos principais canais de televisão local do município; Secretaria de Desenvolvimento Humano do Governo Federal e Secretaria Estadual de Desenvolvimento Humano (Paraíba) nas Conferências do Idoso; Procon-JP, e a prevenção da violência financeira e patrimonial contra o idoso.

Quanto ao Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDDPI), participa do desenvolvimento das políticas por meio de assessoria de órgãos responsáveis, na capacitação nos conselhos municipais e na intervenção, quando necessária, nas decisões tomadas que venham a contribuir com melhoria de vida dos idosos. A capacitação envolve novos conselheiros, secretários, técnicos e pessoas da comunidade e sociedade em geral que atuam com idosos.

Com o Governo Federal se articula para a realização da Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada a cada quatro anos, em que se definem novas diretrizes na política nacional do idoso. Outra medida é formar parceria com a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ e a Universidade da Terceira Idade que funciona nas instalações da Faculdade de Ensino Superior da Paraíba – FESP.

Em Cuiabá, o COMDIPI participa do desenvolvimento das políticas interagindo diretamente com a SMASDH, Ministério Público, Defensoria Pública, Vigilância Sanitária e Associações de Idosos. Segundo o presidente, os idosos precisam ser mais organizados para levarem suas demandas à agenda pública. Assim, em reuniões ordinárias e extraordinárias com os membros do conselho discutem as pautas e as propostas consideradas viáveis são levadas à gestão municipal, como a Cartilha do Bom Motorista e o Fundo Municipal de Apoio à Política da Pessoa Idosa (FUMAPI), analisadas adiante.

Segundo a representante do SESC no COMDIPI, a importância da política consiste no fortalecimento da vida, dos vínculos familiares e comunitários, do protagonismo do idoso na sociedade e do seu bem estar. É fundamental unir as políticas públicas com os programas do SESC e de outras organizações como AMPI, no sentido de fortalecer os serviços de atenção ao idoso. Para a ABCMI, as políticas devem ser mais consistentes, mas para isso os gestores precisam se comprometer com o problema do idoso, e principalmente não interferir na autonomia do conselho. Além disso, as escolas de ensino primário e fundamental precisam

inserir a temática do envelhecimento nos currículos a fim de criar uma cultura de valorização do idoso, e assim, desenvolver políticas mais eficazes a longo prazo.

Na aceção de todos os membros entrevistados, o modo de gestão do COMDIPI depende muito do olhar de seu presidente, muitas vezes vinculado à sua formação acadêmica e profissional. Nesse sentido, suas funções podem focar apenas na discussão e formulação de políticas públicas, e também no controle e fiscalização, ou ir além, incluindo a execução da política em si, dependendo de quem está à frente na presidência. Para implementadores de políticas públicas, o conselho, para além de fiscalizar, precisa diagnosticar o perfil dos idosos para assim elaborar políticas públicas de seu interesse.

Quanto ao Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDEDIPI) de Mato Grosso, participa do desenvolvimento das políticas por meio de ações e apoio com materiais e informações, com manuais sobre prevenção de acidentes domésticos, cuidados com a pessoa idosa e violência contra o idoso. Além disso, tem reuniões abertas, com a participação da sociedade civil, e divulgadas no site da Secretaria Estadual de Justiça e Desenvolvimento Humano (SEJUDH). Nos conselhos municipais do interior, participa por e-mail e telefone, em função dos recursos financeiros escassos, e presencialmente do conselho de Cuiabá. Tem a parceria a Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social (SETAS), Ministério Público e Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH).

Além dos conselhos, as secretarias municipais também formulam, executam, controlam, monitoram e avaliam as políticas. Entretanto, ocorre muitas vezes de forma compartimentada, sem transversalidade com outras áreas (REIS, 2015; NASCIMENTO, 2010), tornando o resultado sem muita efetividade. O argumento para justificar uma ação intersetorial e transversal, com articulação horizontal (LOTTA e FAVARETTO, 2016), é que desde a concepção até a execução da política, o idoso beneficiário de um programa na área de saúde depende também de ações em áreas como lazer, transporte, habitação, bem estar social. Ademais, amparando em Mafra e Novaes (2009), é uma forma de alcançar maior eficiência na aplicação dos recursos usados na construção de políticas públicas, rompendo com a cultura da fragmentação.

Os municípios analisados seguem nas áreas de saúde e assistência social a estruturação estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de

Assistência Social (SUAS) na oferta dos serviços. Não obstante, outras áreas como esportes, cultura e transporte também formulam e executam políticas para o idoso, convergindo para o que afirma Bódi (2012), sobre as necessidades diversas desse segmento da população. O ideal seria integrá-las numa rede de coalizão formada por várias secretarias, além de outros entes da federação (Estado e Governo Federal), empresas privadas e organizações do terceiro setor.

O Sistema Único de Saúde está dividido em Atenção Básica (ou Primária), Atenção Secundária (ou Média Complexidade) e Atenção Terciária (ou Alta Complexidade). A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral (SMS – CUIABÁ, 2016).

Para ter acesso à Atenção Secundária e Terciária, o usuário geralmente é encaminhado de um serviço de atenção primária, como postos de saúde ou centros de saúde da família (SMS – CUIABÁ, 2016). Em João Pessoa, o acesso à Rede de Atenção Especializada, se dá por meio de encaminhamento das 186 Equipes de Saúde da Família (ESF) da atenção básica (SMS – JOÃO PESSOA, 2016).

No Sistema Único de Assistência Social (SUAS) são organizados de forma hierárquica em dois tipos de proteção: proteção básica e proteção especial (de média e alta complexidade). Cada um desses tipos de proteção apresenta especificidades, mas funcionam de forma integrada para implementar ações preventivas, interventivas e de retaguarda (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016). São prerrogativas estabelecidas pelo Governo Federal a serem executadas nos Estados e municípios brasileiros. Entretanto, a descentralização das políticas públicas sociais desencadeou atividades com agendas próprias elaboradas pelos governos municipais (FARAH, 2008; ARRETCHE 2004) para o atendimento ao idoso, conforme será analisado mais adiante como o Programa de Atenção a Política Pública do Idoso (PAPPI), em João Pessoa, e os Centros de Convivência de Idosos (CCI), em Cuiabá.

A *Proteção Social Básica* tem por objetivo a prevenção dos problemas sociais a partir do desenvolvimento de potencialidades e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. O público-alvo são indivíduos e grupos em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação, fragilidade de vínculos

afetivos e relacionais e de pertencimento social (discriminação de natureza etária, étnica racial, gênero ou deficiência). O órgão responsável pela Proteção Social Básica é o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), que prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de indivíduos e famílias (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016).

Para ter acesso aos programas sociais do Governo Federal ofertados pelos CRAS na proteção social básica é necessário fazer parte do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), um instrumento de coleta de dados e informações com o objetivo de identificar as famílias de baixa renda, até três salários mínimos. A partir do cadastro é criado o Número de Identificação Social (NIS). Dentre os programas incluem o Programa Bolsa Família (PBF), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), Tarifa Social de Energia Elétrica, Minha Casa Minha Vida (MCMV), Benefício de Prestação Continuada (BPC), para citar àqueles em que o idoso é beneficiário.

Em 21 de fevereiro de 2013, a Resolução CIT n.1, do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) realizou um reordenamento que unificou os Programas de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Programa Pró-Jovem Adolescente (Pró-Jovem) e Programa de Atendimento em Grupos para Pessoa Idosa, criando o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Trata-se de um serviço sócio assistencial e socioeducativo, de caráter preventivo e proativo, realizado em grupos – crianças (0 a 14 anos), adolescentes (15 a 17 anos) e idosos (a partir de 60 anos), garantindo assim os direitos básicos de cidadania.

Antes do reordenamento, os recursos para as políticas de assistência social aos idosos eram apenas do município. Com a mudança, passou a receber recursos financeiros do Governo Federal para as atividades e formação da equipe PAIF no acompanhamento familiar. Para os coordenadores da atenção básica, profissionais especializados são essenciais na proteção do idoso, combatendo a violência e integrando-o aos grupos do SCFV. Não obstante, a secretaria responsável pela assistência social, em João Pessoa e Cuiabá, figura entre àquelas que recebem menos recursos.

O SCFV busca assegurar espaços de convívio familiar e comunitário, valorizar a cultura de famílias e comunidades locais, desenvolver o sentimento de pertencimento e identidade e promover a socialização e convivência familiar. É uma

política de cofinanciamento federal, que tem como público prioritário idosos, jovens e crianças com deficiência, em situação de isolamento, com vivência de negligência e violência. Para a liberação dos recursos, é feito o monitoramento do programa por meio do SISC – Sistema de Informação do Serviço de Convivência, no qual registra os usuários do serviço e as informações trimestrais da permanência da vinculação ao serviço (SMASDH – CUIABÁ, 2016).

Em João Pessoa, a coordenação da proteção social básica foi criada em 2014, deixando de estar abrigada como divisão dos CRAS. Em sua estrutura funcional tem um coordenador, assistente social e técnico do SCFV, com carência de auxiliares administrativos e assessores. Segundo a coordenadora, o município apresenta um grande contingente de pessoas pobres, corroborando com os dados socioeconômicos apresentados na seção 4.1.1. Esse fato demonstra a insuficiência da política de assistência social, embora com os avanços obtidos a partir de 2003, e os desafios para sua expansão.

Em Cuiabá, na equipe consta uma coordenação, três assistentes sociais, três auxiliares administrativos e coordenador dos CRAS. Está vaga a função de coordenador dos CCI, sendo acumulada pela coordenação geral. Em cada CRAS, há um acompanhamento de 5 mil famílias em média mensalmente, sobrecarregando as equipes. Segundo a coordenadora, há necessidades de mais unidades nas regiões Oeste e Norte, tendo como principal público pessoas de baixa renda. No entanto, baseado nas circunstâncias, toda a população pode ser atendida. O CCI não está na tipificação nacional da assistência social, portanto é uma política municipal. Mas todos os idosos atendidos são referenciados nos CRAS, como forma de assegurar os direitos a outros programas sociais. Atualmente tem projeto de ampliação com a criação de mais uma unidade do CCI na região oeste.

A *Proteção Social Especial de Média Complexidade* oferta atendimento especial a famílias e indivíduos que vivenciam situações de vulnerabilidade social, com direitos violados, geralmente inseridos no núcleo familiar. Requer intensa articulação em rede para garantir maior efetividade no atendimento às demandas. Desse modo, a gestão é mais complexa e articulada com a rede assistencial social, de outras políticas públicas, com o Poder Judiciário, Ministério Público, Conselhos de Direitos e do Sistema de Garantia dos Direitos. São cinco os serviços, divididos por públicos: adolescentes, indivíduos sem vínculo familiar, pessoas com deficiências, idosos, pessoas em situação de rua (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016).

Um dos acessos aos serviços da Proteção Social Especial (PSE) de média complexidade ocorre por meio do CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), que tem o papel de executar as políticas que protejam crianças e adolescentes vítimas ou em risco de violência, abuso e exploração sexual, famílias, pessoas com deficiência e idosos em situação de risco social e pessoal. Além disso, articula-se o atendimento da proteção social básica e especial da assistência social às ações de políticas públicas em áreas como saúde, educação, habitação, trabalho e renda, segurança, justiça, esporte, cultura e lazer. A forma de acesso aos CREAS ocorre por meio da rede assistencial, como Ministério Público e Conselhos do Idoso, assim como por meio de demanda espontânea.

Outra forma de acesso à PSE de média complexidade ocorre por meio do Centro-Pop, previsto no Decreto n. 7.053/2009 e na Tipificação Nacional dos Serviços Assistenciais. Tem como finalidade assegurar atendimento e atividades direcionadas ao desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de vínculos interpessoais e familiares. Há também encaminhamento, a depende do caso, a outros serviços sócioassistenciais e das demais políticas públicas que possam contribuir na construção da autonomia, da inserção social e da proteção em situação de violência. Tem como principal público moradores de rua, sejam adultos ou jovens, homens e mulheres (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016).

Segundo a coordenação do Centro-Pop, os casos envolvendo idosos são muito raros, no entanto, é relevante sua análise no sentido de se constituir como mais um espaço de execução de políticas públicas de proteção à pessoa idosa. Em relação ao município de Cuiabá, o Centro-Pop foi desativado, e suas atribuições repassadas aos CREAS.

A *Proteção Social Especial de Alta Complexidade* compreende os serviços que oferecem atendimento às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem. Para isso, instituições públicas ou privadas que ofertam os serviços devem ter estruturas físicas adequadas, com higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade, além de assegurar fortalecimento de vínculos e o desenvolvimento dos usuários (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016).

Segundo a coordenação da alta complexidade de João Pessoa, há um plano operacional das atividades a serem executadas, como atendimentos e

acompanhamentos dos idosos institucionalizados. Os seus resultados são apresentados em relatórios e encaminhados à Diretoria de Assistência Social (DAS), como prestação de contas e angariação de recursos. O formato atual da atenção especializada foi criado em 2008 e vem sendo aprimorado desde então. Segundo a coordenadora da média complexidade, houve uma estruturação dos espaços e da equipe dos CREAS e Centro-Pop a partir de 2014. Na alta complexidade, reforçamos mais uma vez, a lacuna existente no que tange ao idoso.

Em Cuiabá, há uma coordenação que contempla a média e a alta complexidade. Sua equipe é composta por um coordenador, três assistentes administrativos, um assistente social e um gerente dos CREAS. Na alta complexidade tem unidades denominadas Rede Direta (ou própria) e Rede Indireta (convênios). Na Direta são dois Albergues – Manoel Miraglia no bairro Alvorada e outro no bairro do Porto, mais uma Casa de Amparo para abrigo de mulheres vítimas de violência. Na Indireta, são oito unidades, dentre elas o Centro Albergue, no Distrito da Guia, o Centro-Dia para portadores de deficiência e o ILPI Fundação Abrigo Bom Jesus.

Os três albergues no município recebem idosos e adultos em situação de rua ou abandonados pela família. No entanto, nenhum é exclusivo para idosos. O objetivo é manter temporariamente o indivíduo, porém muitos idosos estão há muito tempo nesses espaços, segundo os entrevistados.

A seguir são descritas e analisadas as políticas, programas, projetos e ações desenvolvidas na cidade de João Pessoa, identificando as principais atividades, ano de início, finalidade, locais e espaços de oferta, estrutura administrativa, equipe funcional, órgãos responsáveis, atores participantes, articulações interfederativas e intersetoriais. Na Tabela 57 é apresentada uma síntese dos achados.

Tabela 57 – Políticas, Programas, Projetos e Ações de Atendimento ao Idoso – João Pessoa

Variável	Órgão Responsável	Intersetorialidade	Articulação Interfederativa	Atores Participantes
SCFV/Pessoa Idosa	CRAS/SEDES	SMS, SEDEC	Governo Federal/MDS	PAPPI, CMDI, CMAS, CREAS, MP, CRC, IES, Emlur, Procon-JP
Proteção Especial	CREAS/SEDES	SMS	Governo Federal/MDS Estado/SEDH	CMDI, CMAS, MP, Sociedade Civil, CRAS, IES, Hospitais
Caminhada Vida Ativa	CMDI/SEDES	SMS	-	PAPPI, USF
Carteira do Idoso	PAPPI/SEDES	-	Governo Federal/MDS	ANTT
Balcão de Direitos Ruartes	CRAS/SEDES	SMS, SEMOB	Governo Federal/MDS	Defesa Civil, CRAS, CREAS
Serviços Ref. Cidadania	CREAS/CENTRO-POP/SEDES CRC/SEDES	- SESITEC, SMS, SEPPM, SEDEC	Governo Federal/MDS Governo Federal/MDS	PAPPI, CRAS Sine-JP, CRAS, FUNJOPE, USF, CAIS, Unipê, UFPB, Emlur
Serviço Intergeração	CINTERGER/SEDES	SESITEC	-	-
Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos	ILPI/SEDES	SMS	Estado/SEDH	CMDI, CMAS, MP, PM, Centro Pop, PAPPI, CRAS, CREAS, Defesa Civil, Sociedade Civil, Empresas Privadas, ONGs, SESC
Semana do Idoso	CMDI/SEDES	SMS	-	ILPI, CAISI, SESC, PAPPI, Delegacia do Idoso, Mídia
João Pessoa Vida Saudável	USF/SMS	SEJER, SEDEC	-	Clube da Pessoa Idosa, CAPSI, USF
Academia de Saúde	SMS	SEJER	Governo Federal/MS	USF, NASF
Grupos de Convivência	ESF/USF/SMS	-	-	-
Saúde Integral do Idoso	CAISI/SMS	SEDES	Governo Federal/MS	ESF, USF, FUNJOPE
SAD	SMS	-	G. Federal/MS	USF, ESF
Consultório na Rua	SMS	SEDES	Governo Federal/MS	CRAS, CREAS, Centro-Pop, ILPI
Cultura e Lazer	Centro Cultural Tenente Lucena/SEDEC	SEDES, SEJER, SEPPM	Governo Federal/Minc	FUNJOPE
Linha de Crédito 50+	SEDESP	-	-	Banco Cidadão
City Tour	SETUR	SEDES	G. Federal/MTur Estado/SETDE	Empresa Privada
Habitação Social	SMEMHAB	SEDES, SMS, SEDEC	Gov. Federal/MCidades Estado/CEHAP	SEMOB
Clube da Pessoa Idosa	IPM-JP	-	-	ILPI, CRAS, ONG, Empresas Privadas
São João do Idoso	IPM	SMS, SEDES	-	Clube da Pessoa Idosa, ILPI, USF

Fontes: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/>; Documentos; Entrevistas do Autor (2016)

- **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)/Pessoa Idosa**

Realizado nas sedes dos 11 CRAS (Tabela 58) ou em unidades parceiras desde 2013, tem como foco o desenvolvimento de atividades que contribuem no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social.

As atividades compreendem o acompanhamento e visita familiar, atendimento psicossocial, palestras (saúde, saúde bucal, direitos do idoso, consumo, alimentação saudável), vivência em grupo, socioeducativas, experiências artísticas, culturais, esportivas, lazer (bailes), danças (xote, xaxado, coco) e passeios (praias, museus, parques, centro histórico, Porto de Cabedelo), propiciando a interação e proteção sociais. Para o pleno funcionamento dos programas sociais é necessária a formação da equipe PAIF, composta por Coordenador (a), Assistente Social e Psicóloga. É classificada como Proteção Social Básica na tipificação do SUAS (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016).

O CRAS desenvolve articulação intersetorial com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SEDEC), e encaminhamento à rede assistencial (CREAS, Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI, Ministério Público - MP). Atores como o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI), Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), Programa de Atenção a Política Pública do Idoso (PAPPI) também se articulam com o CRAS nas atividades de proteção social dos idosos. Com o Governo Federal, na execução da política elaborada por este ente federativo e quanto ao Governo do Estado, nenhuma relação e parceria.

Os idosos cadastrados nos grupos dos CRAS devem ter renda de até dois salários mínimos, para ter direito aos programas sociais. Entretanto, para participar das atividades não há limite de renda, pois ao contrário, seria uma forma de exclusão e discriminação. Para os sujeitos da pesquisa, independentemente de renda, o idoso tem buscado intensificar seu convívio e interação social.

Em 2005, época da criação do antigo PAPI (Programa de Atenção à Pessoa Idosa), tinha apenas 11 grupos de convivência no município. A partir de então, foi estruturada pela coordenação do PAPI a ampliação da política, chegando a 54 grupos em 2014. Nesse ano, com o reordenamento dos grupos e criação do SCFV

(referenciados nos CRAS), muitos foram extintos e outros desvinculados da prefeitura em função da renda dos idosos, como do bairro Altiplano. Neste, por exemplo, os idosos se reúnem, discutem suas necessidades para serem levadas até o conselho do idoso, desenvolvem atividades e realizam visitas em escolas para trabalhar a valorização da política do idoso.

Tabela 58 – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – João Pessoa

CRAS	Ano	Nº Func.	Grupos de Convivência	Perfil dos Idosos
Mangabeira	2012	-	2 em Mangabeira (120 idosos/cada) 2 nos Bancários (30 idosos/cada)	57 a 92 anos, 90% Mulheres, classes B a E
Valentina	2004	17	2 no Valentina (28 idosos em cada) 1 em Mussumagro (32 idosos)	59 a 87 anos, 94% Mulheres, classes D e E
Cruz das Armas	2004	15	1 em Cruz das Armas (35 idosos) 1 em Jaguaribe (35 idosos)	60 a 85 anos, 91% Mulheres, Classe C
Cristo	2008	11	1 no Cristo (31 idosos) 1 no Rangel (20 idosos)	60 a 87 anos, 92% Mulheres, Classes D e E
Padre Zé	2013	8	2 no Padre Zé (50 idosos/cada) 1 no Roger (30 idosos)	55 a 90 anos, 95% Mulheres, Classes D e E
Gramame	2008	6	-	-
Mandacaru	2006	10	1 em Mandacaru (35 idosos)	58 a 88 anos, 86% Mulheres, Classes D e E
Ilha do Bispo	2007	9	1 na Ilha do Bispo (50 idosos) 1 no Distrito Mecânico (45 idosos)	60 a 90 anos, 94% Mulheres, Classes D e E
Grotão	2012	10	1 no Costa e Silva (40 idosos)	60 a 92 anos, 90% Mulheres, Classes D e E
Alto do Mateus	2004	11	1 no Alto do Mateus (40 idosos) 1 no Jd. Veneza (20 idosos)	60 a 90 anos, 93% Mulheres, Classes D e E
São José	2008	9	2 em São José (40 idosos/cada)	60 a 92 anos, 90% Mulheres, Classes A a E

Fontes: Documentos dos CRAS; Entrevistas do Autor (2016)

Os grupos, na maioria dos casos, se reúnem nos espaços dos CRAS, uma ou duas vezes por semana, dependendo dos locais. Outros utilizam os espaços dos CRC: Bancários, Cruz das Armas, Rangel, Costa e Silva, Roger e Jardim Veneza. Em outras situações tem a parceria de instituições, como Associação de Bairro dos Bancários, Organização Não Governamental (ONG) no Valentina, Centro de Convivência Social de Jaguaribe, Igreja da comunidade Distrito Mecânico (bairro Trincheiras) e Centro de Saúde no São José.

Em 2016, estavam ativos 22 grupos de convivência de idosos referenciados nos CRAS. A média é de 43 idosos por grupos, sendo que Mangabeira tem dois grupos com 120 cada. Esse bairro tem a maior população idosa do município. Excluindo-o, a média dos demais é de 32 idosos. No geral, estão na faixa de 57 a 92 anos, mais de 85% mulheres (em alguns grupos, como nos Bancários, só participam idosas), de todas as classes sociais. Esta última característica depende da localização do CRAS. No ano, o SCFV atendeu aproximadamente 439 idosos, de

um total de 781 cadastrados. Registre-se que todos os idosos referenciados participam, não muito frequentemente, do Clube da Pessoa Idosa.

Ademais, há parceria com Instituições de Ensino Superior (IES), como a UFPB (profissionais de Terapia Ocupacional), IEPB (cuidadores de idosos) e Unipê (professores de educação física); Secretaria de Saúde (SMS), por meio de palestras sobre saúde do idoso com profissionais das Unidades Saúde da Família (USF) e no acesso ao Centro de Práticas Integrativas e Complementares (CPICS), que oferecem serviços que estimulam de forma natural a prevenção de doenças e recuperação da saúde; Secretaria de Educação e Cultura (SEDEC), quando convidada a participar e colaborar com as atividades; Procon-JP, com palestras sobre direitos do consumidor; Emlur, com a disponibilidade de material de reciclagem.

A estrutura administrativa e funcional dos CRAS é composta por coordenação, psicólogos, assistentes sociais, vigilantes e seguranças, serviços gerais, técnicos/oficineiros e orientadores. A média de funcionários por CRAS é 11, e sua grande maioria não é efetiva na prefeitura municipal, e dispensada muitas vezes com mudanças de governo. Faltam ainda recursos financeiros para a estrutura da assistência social, intensificada no ano de 2016. Essa realidade reflete na qualidade das políticas e na sua continuidade.

Na unidade de Gramame, o CRAS tem apenas 6 funcionários e o único grupo de convivência de idosos encerrou as atividades em 2015 em função da falta de pessoal, como técnicos para serviços de convivência, orientadores sociais e auxiliares administrativos. De acordo com a coordenação, a distância é o principal fator para o número reduzido no quadro. No CRAS Grotão falta psicólogo, parte integrante da equipe PAEF.

Para os coordenadores, o SCFV permite ao idoso, além de aprendizado e ocupação do tempo, interação (inclusive intergeracional) e convívio social, que melhoram sua qualidade de vida, autoestima e cidadania. Muitos idosos vivem isolados, depressivos e sofrendo violência, assim, a política contribui para sua saúde física e psicológica, comunicação e valorização a partir do momento que os integram aos grupos. Mas ainda há no município cuidadores sem qualificação, falta de vagas em abrigos para àqueles que necessitam e também o silêncio de idosos que não denunciam os casos de exploração e violência sofridos.

Para isso, é importante a integração entre os CRAS, definida com uma rede unificada que discute ações, ampliação e melhorias contínuas. Além disso, estende a toda a rede assistencial. Nesse sentido, no planejamento anual e mensal das atividades há convite aos Conselhos (Idoso, Assistência Social, Saúde), Secretarias (Saúde, Educação e Cultura), CREAS, PAPPI, Abordagem Social-Ruarteres, Consultório na Rua. Tem-se alcançado resultados satisfatórios em alguns casos, como a diversificação de atividades. Por outro, as estruturas físicas necessitam de ampliação e de equipamentos para ofertas dos serviços. Nos CRAS Mandacaru e Ilha do Bispo, faltam ainda oficinas e artesanatos, procuradas por idosos.

- **Serviço de Atendimento e Proteção Especial**

Executado por meio dos CREAS desde 2004 é dirigido às pessoas e famílias com direitos violados, vitimizadas ou em risco de violência, maus tratos, negligência e abandono. As principais ações desenvolvidas são: acompanhamento familiar, acompanhamento psicossocial e jurídico, encaminhamentos e acompanhamento à rede local de proteção à violência e aos serviços de acolhimento, ações de prevenção por meio de formação de agentes, com palestras, oficinas e mobilizações, atividades socioeducativas e acompanhamento de condicionalidades dos programas de transferência de renda.

O CREAS tem uma equipe técnica constituída por advogado, assistente social, psicólogo e educadores sociais para a realização da política, a chamada equipe PAEFI (Programa de Assistência Especializada a Família e Indivíduos). O acesso ocorre por meio de Conselhos de Direitos (CMDI, CMAS), Ministério Público, Delegacia do Idoso, Hospitais, Sistema de Garantia de Direitos (SGD), Disque 100 (Nacional), Disque 123 (Estado da Paraíba), Disque Municipal (0800 – 282 7969), Abordagem Social-Ruarteres e demanda espontânea. É classificado como Proteção Social Especial de Média Complexidade na tipificação do SUAS (CREAS JOÃO PESSOA).

São quatro unidades em João Pessoa que acompanham os casos de violação dos direitos, sendo a negligência e violência física e financeira as mais recorrentes. Ocorre em todas as classes sociais, porém as denúncias são mais frequentes entre as pessoas de renda baixa. Isso não significa que há menos casos envolvendo idosos das classes mais ricas. Na Figura 23 está o fluxo do atendimento nos CREAS.

Figura 23 – Fluxo do Serviço de Atendimento e Proteção Especial no CREAS – João Pessoa



Fonte: Elaborada pelo Autor a partir das Entrevistas (2016)

Após a denúncia, é feita uma visita por técnicos para verificação e constatação do teor. Esta pode ser feita ao mesmo tempo para todas as instituições (CREAS, Ministério Público, Delegacia do Idoso, CMDI) e canais de comunicação. Em seguida, a equipe PAEFI elabora relatório psicossocial e encaminha à SEDES, para as decisões e articulações com a rede de proteção social. No relatório já sugere o tipo de encaminhamento ao caso.

Nesse sentido, há orientação e auxílio da Secretaria de Saúde, do CRAS e da Abordagem Social-Ruarteres na decisão sobre reintegrar o idoso à família ou encaminhá-lo às ILPI, e os encaminhamentos às políticas sociais e de saúde adequadas. Na decisão final, busca-se primeiro o contato com a família e, sem percepção de acordo, o caso é encaminhado à Delegacia do Idoso ou Ministério Público, sendo este último o maior aparato judicial para garantir a vaga em ILPI aos idosos em extrema vulnerabilidade e com vínculos familiares rompidos. Confirmada a necessidade de ingresso na ILPI, o idoso é acompanhado por pelo menos seis meses.

A Secretaria de Saúde (SMS) apoia por meio do programa de saúde da atenção básica e os CRAS recebem idosos que são mantidos no seio familiar e integrados aos grupos de convivência. Estes, para os coordenadores dos CRAS são caracterizados como atuantes, alegres e interativos, além de proporcionar lições de cidadania. Desse modo, pode haver mais denúncias e cobranças do setor público, evitando o abandono do idoso. Com o Governo Federal, ações articuladas ocorrem por meio de capacitações e com o Governo do Estado, em participação de eventos e elaboração de instrumentos em caso de exploração de público vulnerável. Outras parcerias também são realizadas, como UFPB, no atendimento psicológico, e com hospitais, que informam sobre idosos abandonados.

Na execução da política tem uma equipe funcional composta por coordenação, assistentes sociais, psicólogos, educadores sociais, assistentes administrativos, vigilantes e seguranças, serviços gerais, advogados e motoristas. No CREAS I – Centro a equipe é formada por 16 funcionários; CREAS III – Mangabeira são 14 funcionários. Nos CREAS II e IV, não foi possível identificar o quadro de funcionários. No entanto, conforme os demais entrevistados, a maioria é contratada e não efetiva da prefeitura.

Para os coordenadores dos CREAS, as políticas ainda são frágeis devido à falta de abrigos, não tem nada municipalizado para idosos, nesse sentido. Tem-se aumentado a expectativa de vida, mas não propiciada condições do idoso viver bem, apesar dos avanços nos programas de atenção básica dirigidos aos idosos em atividade. Por outro lado, os dependentes estão desassistidos, não há ILPI público e cursos municipais para cuidadores de idosos.

- **Caminhada Vida Ativa da Pessoa Idosa**

Evento criado em 2006, coordenado pela SEDES e CMDI com parceria do PAPPI e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tem o objetivo de proporcionar reflexão sobre os principais problemas enfrentados pela pessoa idosa, por meio de palestras sobre saúde, direitos do idoso e alimentação saudável (JOÃO PESSOA, 2016).

- **Carteira do Idoso**

A SEDES, por meio do Programa de Atenção à Política Pública do Idoso (PAPPI), é responsável pela emissão da carteira que garante gratuidade e o

desconto de meia passagem no transporte interestadual de passageiros idosos (a partir de 60 anos), com renda igual ou inferior a dois salários mínimos, conforme estabelecido no Estatuto do Idoso. A gratuidade nos transportes coletivos urbanos, entretanto, só aos idosos a partir de 65 anos (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016).

No documento tem informações sobre o idoso, o município onde mora, além do Número de Identificação Social (NIS). Os direitos do idoso no que se refere à gratuidade nos transportes rodoviários são regulamentados também pela Agência Nacional de Transportes Terrestres. Está agrupada nas políticas de Proteção Social Básica do SUAS.

- **Balcão de Direitos**

Política pública de assistência eventual realizada por meio da rede sócio assistencial existente, realizada de maneira intersetorial (desenvolvimento social, saúde, transporte/SEMOB, defesa civil) e por uma equipe multiprofissional formada por psicólogos, assistentes sociais, médicos e enfermeiros. Tem como público-alvo os cidadãos de João Pessoa e suas famílias em situação de vulnerabilidade social, vítimas de emergência social, calamidade pública ou risco de morte. Os benefícios oferecidos se integram às garantias determinadas pelos SUAS, tais como auxílio alimentar (cesta básica), auxílio funeral, fraldas geriátricas e passagens intermunicipais e interestaduais (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016). A Defesa Civil municipal participa da execução dos serviços, assim como os CRAS e CREAS. É uma política integrada à Proteção Social Básica.

- **Serviço Especializado em Abordagem Social (Ruarteres)**

Tem como base a Lei n. 11.258/2005, que determina a criação de programas de amparo/proteção às pessoas que vivem em situação de rua, além da Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009, que tipifica os serviços sócioassistenciais. Constituem-se como unidades de atendimento o Centro-Pop e o CREAS, que devem prover espaços para guarda de pertences, higiene pessoal, alimentação e acesso a documentos civis. É ofertado de forma continuada e programada por meio de busca ativa em territórios como praças, estradas, fronteiras, locais de intensa circulação de pessoas e existência de comércios, terminais de ônibus e trens. Os públicos prioritários incluem crianças e adolescentes, jovens, adultos e idosos em situação de rua, que passam a receber benefícios como reinserção familiar, retorno

aos lugares de origem, encaminhamento para a rede assistencial (CRAS, CREAS, ILPI) e inclusão no Cadastro Único para Programas Sociais (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016). Política integrada à Proteção Social Especial de Média Complexidade.

- **Serviços de Referência da Cidadania**

Realizados nos Centros de Referências da Cidadania (CRC) desde 1998 para um público diversificado, como grupos de artistas, famílias, crianças, jovens e idosos, estruturado em quatro eixos: mobilização comunitária, serviço de atendimento, formação cidadã, artes e cultura. Assim, são definidos como espaços de formação, qualificação, desenvolvimento e apoio às ações das comunidades no exercício de seus direitos sociais e de cidadania (DIPOP, 2016).

O principal objetivo é dinamizar e promover ações que possibilitem a participação social e cidadã de forma descentralizada e integrativa, articulada com os diversos segmentos sociais, dando acesso às políticas públicas com foco no desenvolvimento social. Oferecem qualificação profissional, palestras socioeducativas, realização de oficinas para inserção social e geração de renda, Cadastro nos Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e Balcão de Direitos, encaminhamento a outros programas sociais e expedição de documentos. Para isso, realiza parceria com Governo Federal, Secretaria Municipal de Ciência e Tecnologia (SECITEC), e Sine-JP (SEDES - JOÃO PESSOA, 2016).

Acrescenta-se, segundo a coordenação geral, integração com a SMS e Secretaria Especial de Políticas Públicas para Mulheres (SEPPM), na realização de palestras. Por CRC, identifica-se outras parcerias institucionais: no bairro Cristo Redentor com o Centro Universitário de João Pessoa (Unipê), por meio do Centro de Atendimento Jurídico Popular (CAJUP); em Mandacaru e Funcionários II, com a Secretaria de Educação e Cultura (SEDEC), nos eventos e palestras, e Emlur, na manutenção do espaço; no Funcionários II, os idosos participam do Projeto João Pessoa Vida Saudável, da SMS; Bancários, com a UFPB, por meio dos departamentos de Terapia Ocupacional e Serviço Social em atividades com idosos e Unipê, com dinâmicas de grupos orientadas por psicólogos. Em relação ao Governo do Estado, é unânime entre todos os coordenadores a falta de integração com a política.

Outras ações sistemáticas incluem visitas contínuas às comunidades, identificação dos problemas sociais nas comunidades, incentivo às práticas esportivas e recreativas, realização de mostras de artes produzidas pela comunidade, ginástica apropriada para idosos, incentivo às atividades culturais de dança, teatro e música em parceria com a FUNJOPE, reuniões com equipes dos CRCs e USFs, passeios, datas comemorativas, inscrição de cursos e apoio nas ações do PAPPI (Programa de Atenção à Política da Pessoa Idosa). Em 2015, foram realizados 69.350 atendimentos em todas as unidades e em 2006 (até outubro), 76.771 atendimentos (DIPOP, 2016).

Embora não incluso na tipificação das unidades do SUAS, o CRC por sua natureza se enquadra na Proteção Social Básica. Os grupos de convivência existentes nos CRCs reforçam essa função. Como exemplo, o grupo Idosos em Ação, da unidade de Mangabeira é um dos mais tradicionais e institucionalizados, com aproximadamente 90 idosos frequentes, atuando na promoção e prevenção da saúde física e mental. Ações como a confraternização natalina contribuem com a socialização e o bem estar desses indivíduos.

Na Tabela 59 relacionam-se as atividades para idosos nos CRCs.

Tabela 59 – Atividades de Idosos nos Centros de Referência da Cidadania - João Pessoa

CRC	Nº Func.	Atividades	Nº de Atendimentos no PAPPI*
Bancários	10	Programa Bolsa Família Cursos profissionalizantes Curso de Informática	531 (11,2%)
Costa de Silva	7	Programa Bolsa Família Curso de Artesanato	540 (11,4%)
Cristo	8	Programa Bolsa Família Cursos (informática, artesanato, costura/produção, cabeleireiro)	227 (4,8%)
Cruz das Armas	5	Programa Bolsa Família Curso de Informática	330 (6,9%)
Funcionários II	5	Programa Bolsa Família Cursos (corte e costura, pintura em tecido) Grupo de Convivência (25 idosos frequentes)	225 (4,7%)
Jardim Veneza	5	Programa Bolsa Família Cursos profissionalizantes Curso de informática	155 (3,3%)
Mandacaru	7	Bolsa Família Grupo de Convivência (25 idosos frequentes)	160 (3,4%)
Mangabeira	10	Programa Bolsa Família Grupo de Convivência (90 idosos frequentes)	2325 (48,9%)
Roger	5	Programa Bolsa Família	264 (5,5%)
Valentina	8	Bolsa Família Curso de Informática	0

*Entre janeiro de outubro de 2016

Fontes: DIPOP (2016); <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/sedes/>; documentos do CRCs; entrevista do autor (2016)

O número total de atendimento é de 4.757 idosos, e o bairro de Mangabeira registra 2.325 (48,9%) desse universo. Não por isso, é um dos poucos que continuaram com grupos próprios, após o reordenamento. São 120 idosos cadastrados, com idade entre 60 e 85 anos, e 85% do sexo feminino. Outras unidades que mantiveram grupos foram: Mandacaru (25 idosos), Funcionários II (25 idosos), com mais de 90% formados por mulheres com idade até 80 anos. Neste último, havia 65 idosos e com sua descontinuidade reduziu o número de participantes após o retorno dos trabalhos. Os idosos se mobilizaram no sentido de manter um dos grupos mais antigos, criado em 1985.

Os demais CRAS têm grupos, mas são de responsabilidades e referenciados por CRAS ou unidades de saúde, como um dos grupos do CRC Cristo ligado ao Centro de Assistência Integrada de Saúde (CAIS).

No geral, os CRC têm estruturas próprias e uma equipe funcional composta por coordenação, auxiliares administrativos, vigilantes e seguranças, serviços gerais, orientadores sociais, com uma média por unidade de sete funcionários. Para a manutenção das atividades, a SEDES libera os recursos financeiros e materiais, que ainda não são suficientes para intensificar mais as políticas, como os passeios que são esporádicos.

Registre-se que o CRAS Valentina está com as atividades suspensas por causa da invasão ao prédio, mantendo apenas o programa Bolsa Família e curso de informática. Conseqüentemente, a população está desassistida e vem cobrando as atividades. No CRAS Roger, não há espaço próprio desde 2011 e faltam funcionários. Conseqüentemente, muitas atividades foram descontinuadas como cursos de corte e costura, cabeleireiro e informática.

- **Serviços do Centro Intergeracional**

Realizados no Centro Intergeracional Sinhá Bandeira, criado em 2005 e localizado no bairro Expedicionários, proporcionam às pessoas de qualquer idade, especialmente idosos, aprendizado, ocupação, interação social e geração de renda. O objetivo maior é realizar encontros de geração em atividades de lazer e convívio, contribuindo para o aprofundamento da solidariedade e respeito intergeracional. Os serviços compreendem pintura em tecidos, dança terapia, corte e costura, cinema, violão, dança (farró), informática, economia solidária, beleza, lazer, cidadania e

saúde (SEDES - JOÃO PESSOA, 2016). Pode ser classificada como política de Proteção Social Básica.

Nos últimos dois anos, de acordo com a coordenação, houve redução significativa das atividades, se resumindo a artesanato e curso de informática. Atualmente são 30 idosos atendidos de João Pessoa e cidades vizinhas, tendo parceria da SESITEC e SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial), na oferta de cursos.

Os gestores públicos se distanciaram do centro, comprometendo sua continuidade e sem novos investimentos, a tendência é o seu fechamento, ressalta a coordenadora. Os materiais são escassos, falta manutenção do espaço e equipamentos na oferta das atividades. E sua estrutura funcional tem 8 funcionários apenas: coordenador, três assistentes administrativos e quatro professores (oficineiros). Observa-se uma desconstrução de uma política pública no município, quando as circunstâncias presentes e futuras indicam outro caminho.

- **Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos**

Em João Pessoa, políticas públicas nessa perspectiva não são executadas pelo poder público municipal, mas sim por meio de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), conveniadas à prefeitura. Por outro lado, pessoas adultas, crianças e adolescentes, e portadores de necessidades especiais têm assegurados os serviços públicos de acolhimento por meio da Casa de Passagem, Famílias Acolhedoras e Residência Inclusiva para Adultos e Jovens com Deficiência, respectivamente.

Desde 2012, há um projeto intitulado Casa de Apoio ao Idoso, com capacidade para 37 idosos permanecerem temporariamente. Nesse sentido, tem caráter rotativo e de curta permanência. Porém, até o ano de 2016, não está funcionando devido a problemas de gestão e de estrutura do espaço para receber os idosos. Além disso, houve dificuldade na desapropriação, mas foi concluída e a Secretaria de Planejamento (SEPLAN) elaborou a planta da reforma, para se adequar a legislação dos direitos do idoso. Nesse aspecto, houve articulação intersetorial com a SEDES e principalmente com a SMS, na definição dos parâmetros na reforma da casa. Os recursos para compra e reforma do prédio, localizado no bairro do Cristo Redentor (Região Oeste) foram do Fundo Municipal do Idoso (FMI), que tem parceria com uma instituição bancária privada. Porém, a verba

para o funcionamento não foi executada e a demanda crescente de idosos em situação de abandono não é suprida pelas ILPIs, conforme analisado mais adiante.

A especificidade dos Serviços de Acolhimento Institucional para Adultos e Idosos, por exemplo, está na oferta de atendimento integral que garanta condições de estadia, convívio, atividades, endereço de referência, para acolher com privacidade pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração, ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de auto-sustento (SEDES – JOÃO PESSOA, 2016).

Os encaminhamentos para as unidades de acolhimento podem ocorrer por outros serviços da rede: Consultório de Rua e Programa Ruartes, Centro Pop, CREAS, CRAS, Polícia Militar (PM), Defesa Civil, PAPP; Conselhos do Idoso (estatual e municipal), e por meio de demanda espontânea e denúncias.

No total são nove unidades públicas e nenhuma para idosos, demonstrando que estes ainda não são atendidos integralmente, sobretudo, em situações de direitos violados e rompimento de vínculos familiares. Nessas circunstâncias, fica sob a responsabilidade das ILPIs o atendimento a essas pessoas. Segundo os presidentes dessas instituições, não existe um comitê para discutir as políticas públicas para idosos que precisam ser institucionalizados. De todo modo, é uma política integrada à Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

No município existem cinco ILPIs cadastradas no Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI) e conveniadas à prefeitura: Vila Vicentina Júlia Freire, Casa da Divina Misericórdia, Lar da Providência Euclides da Cunha, Associação Promocional do Ancião (ASPAN) e Instituição Espírita Nosso Lar (Tabela 60).

Tabela 60 – Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) – João Pessoa

ILPI	Data de Fundação	Localização	Dados Estatísticos	Perfil dos Idosos Institucionalizados
Vila Vicentina Júlia Freire	23/04/1944	Torre	Capacidade: 60 idosos Ocupação: 66 idosas Fila de espera: 353 Nº de Funcionários: 34 Nº de Voluntários: 84	Idosos: 60 a 108 anos Gênero: Homens e Mulheres Grau: entre 2 e 3
Casa da Divina Misericórdia	07/02/1999	Jardim Cidade Universitária	Capacidade: 32 idosas Ocupação: 32 idosas Fila de espera: 139 Nº de Funcionários: 20 Nº de Voluntários: 4	Idosos: 60 a 96 anos Gênero: Mulheres Grau: entre 2 e 3
Lar da Providência Euclides da Cunha	12/08/1912	Bairro dos Estados	Capacidade: 102 idosos Ocupação: 90 idosos Fila de espera: 150 Nº de Funcionários: 110 Nº de Voluntários: 40	Idosos: 59 a 102 anos Gênero: Homens e Mulheres Grau: entre 2 e 3
Associação Promocional do Ancião (ASPAN)	03/1983	Cristo Redentor	Capacidade: 100 idosos Ocupação: 62 idosos Fila de espera: 150 Nº de Funcionários: 34 Nº de Voluntários: 2	Idosos: 60 a 109 anos Gênero: Homens e Mulheres Grau: maioria é 3
Instituição Espírita Nosso Lar	07/12/1980	Castelo Branco	*****	*****

Fontes: Entrevistas do Autor (2016) e Documentos das Instituições

A ILPI *Vila Vicentina Júlia Freire*, localizada no bairro da Torre, é uma entidade filantrópica de direito público e privado, ocupando a lacuna do poder público e da família no atendimento a idosos em situação de abandono. Com uma capacidade para atender 60 idosos, atualmente há 66 institucionalizados. Para isso, foi necessário ampliar a estrutura, autorizada pelo CMDI e Ministério Público. Em fila de espera há 111 homens e 242 mulheres, totalizando 353 pessoas necessitando do serviço, resultado que demonstra a gravidade da situação do município no atendimento aos idosos em estado de vulnerabilidade social. Os idosos estão na faixa entre 60 e 108 anos, sendo que o tempo máximo de permanência já registrado foi de 30 anos.

Para receber os idosos, muitos encaminhados pelo Ministério Público, é necessária ter condições estruturais para atender à Resolução RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005, da Vigilância Sanitária, que define o grau de dependência dos idosos e os cuidados requeridos em cada nível:

a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;

b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

Para os cuidados aos residentes:

a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;

b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;

c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

Dessa forma, dependendo do grau de dependência do idoso, das condições estruturais e do déficit funcional, nem sempre o primeiro da fila de espera consegue a vaga, salvo quando a justiça determina. A instituição Vila Vicentina tem em seu quadro 34 funcionários efetivos, distribuídos nas áreas administrativas, operacionais e nos serviços de saúde – farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, convênios com a Secretaria de Saúde e 84 voluntários para atender os idosos. Mas não são suficientes por causa do grande número de idosos com dependência para mais de três atividades diárias.

A *Casa da Divina Misericórdia*, localizada no bairro Jardim Cidade Universitária, abriga exclusivamente idosas que dependem totalmente da assistência prestada pela instituição, incluindo refeições, medicamentos, serviços médicos e odontológicos. São 20 profissionais no quadro de funcionários, mais uma equipe de voluntários multiprofissionais, incluindo Ginecologista, Contabilista, Cardiologista e Nutricionista. Sua estrutura administrativa é composta por Presidente, Vice-presidente, Tesoureira, Secretária e Coordenadora. Com a estrutura e serviços, tem a finalidade de garantir a efetivação das recomendações do Estatuto do Idoso, melhorar a qualidade de vida dos idosos e manter vínculos familiares.

A instituição atualmente está com sua capacidade de atendimento totalmente preenchida: são 32 idosas, na faixa de 60 a 96 anos, encaminhadas por famílias e pelo poder público (Delegacia do Idoso, Juizado de Vara de Família e Ministério Público). Com tempo máximo de cinco anos de idosos institucionalizados, há uma

formação extensa de fila de espera: são 139 pessoas cadastradas esperando por vagas. Segundo a presidente, a fila de espera não segue a data de cadastro, pois em função das condições econômicas, priorizam os idosos de grau 1, que são independentes e exigem menos condições estruturais e de pessoal, acarretando na diminuição dos custos. O poder público também interfere nessa ordem, obrigando a receber idosos, geralmente sem família, muitos deles em estágio de grau 2 e 3.

O *Lar da Providência Euclides da Cunha*, localizado no Bairro dos Estados, viabiliza os direitos dos idosos no âmbito da alta complexidade, em estado de vulnerabilidade social e direitos violados. Atende idosos de todas as classes sociais, abandonados pela família ou sem família, encaminhados pelo Ministério Público, CREAS (SEDES), CMDI e Delegacia do Idoso. No processo de admissão, em casos de idosos com famílias, é necessária a visita nas residências, pois o objetivo é manter o idoso no seio familiar. Para isso, necessita de uma equipe funcional, composta por 110 funcionários efetivos e 40 voluntários.

A capacidade é de 102 idosos de ambos os gêneros, mas atualmente estão 90 idosos abrigados, devido à falta de pessoal, como cuidadores, educadores físicos e funções operacionais. Por outro lado, há uma fila de espera de 150 idosos aproximadamente. O perfil demográfico varia de 59 a 102 anos, e a maior permanência chegou a 26 anos. Durante a permanência, os idosos são classificados em Graus 1, 2 e 3 de dependência e atendidos em blocos diferentes, sendo que a maioria está classificada em 2 e 3. Quando o idoso muda de fase, é transferido de bloco surgindo vagas, ampliando a demanda de serviços e de recursos financeiros e humanos. Isto porque aumenta o número de idosos dependentes e doentes.

A *Associação Promocional do Ancião (ASPAN)*, localizada no bairro do Cristo Redentor, acolhe idosos necessitados de saúde, apoio emocional e em estado de abandono. Tem uma equipe de 34 funcionários e dois voluntários, que atuam nos serviços como fisioterapia, enfermagem, nutrição, psicologia e também nos eventos e atividades de lazer.

Com uma capacidade para até 100 pessoas, atualmente há 62 albergados (homens e mulheres), devido à falta de recursos financeiros e de pessoal, assim como a maioria dos idosos se enquadra no grau 3, com mais dependência de cuidadores. Nesse sentido, de acordo com a presidente, essa decisão evita a falta de qualidade dos serviços.

Os problemas decorrentes da falta de equipe funcional são discutidos nas reuniões do CMDI, que encaminha aos órgãos da prefeitura. Porém, há morosidade no retorno das demandas e, conseqüentemente, muitos idosos ainda não são atendidos, numa evidente falha na implementação de políticas públicas. Um exemplo que retrata essa realidade é a fila de espera de 150 idosos para serem institucionalizados. As vagas são abertas a partir dos casos de óbitos ou de reinserção familiar, o que raramente acontece. Na ASPAN tem idosos albergados há 20 anos, e a idade varia de 60 a 109 anos.

Para o funcionamento e manutenção das instituições, depende principalmente da contribuição da sociedade civil e dos rendimentos do Idoso (até 70% conforme Estatuto do Idoso) para as despesas e custeios com pessoal, alimentos, material de consumo e de limpeza. Não há nenhuma parceria financeira com município, Estado e Governo Federal. No caso do Lar da Providência, os recursos financeiros são obtidos também por meio de eventos como as Feiras realizadas há 46 anos, e do aporte financeiro da Associação Norte Brasileira de Educação e Assistência Social (ANBEAS), responsável pela folha de pagamento. ASPAN e Casa da Divina Misericórdia recebem apoio da prefeitura municipal por meio do banco de alimentos. Na Vila Vicentina, a prefeitura contribui com os custos de energia elétrica.

Constatou-se em todas as ILPIs pesquisadas, convênios com a Secretaria Estadual de Desenvolvimento Humano (SEDH), por meio do Projeto Acolher, em construção, ampliação e reforma; com o SESC e o projeto Mesa Brasil (com alimentos e atividades culturais), e com empresas privadas, que contribuem com recursos financeiros e alimentos. Na Vila Vicentina, observou-se convênio com o Centro Especializado de Dispensação de Medicamento Excepcional (CEDMEX), da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (SES), e com a Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (GEMAF), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na distribuição de remédios aos idosos, porém na maioria das vezes falta medicamento.

Em relação ao município, a parceria fica restrita aos profissionais cedidos pela SEDES, como assistente social, psicóloga e psicopedagoga, por meio do CMDI. Para a presidente do Lar da Providência Euclides da Cunha, seria mais importante ter uma terapeuta ocupacional, para desenvolver atividades de trabalho e lazer em tratamentos de distúrbios físicos e mentais dos idosos. Na ASPAN, foi solicitado Assistente Social, mas ainda não foi concretizado. Na Vila Vicentina, a prefeitura

disponibiliza também terapeuta ocupacional. Enfim, ainda não há uma uniformidade na cessão de funcionários às instituições,

Outras parcerias são formadas nas ILPIs: na ASPAN com Igrejas para ritos religiosos nas instituições, Universidades públicas (UFPB) e privadas na disponibilização de estagiários em áreas de fisioterapia, educação física e psicologia, bem como apoio nos passeios dos idosos em praias e restaurantes; na Vila Vicentina, com Escolas para realização de gincanas e campanhas para arrecadação de fundos, com a Unimed João Pessoa, na distribuição de fraldas geriátricas, e Universidades e Faculdades, com projetos de pesquisas e estágios supervisionados em várias áreas, como Administração, Medicina e Nutrição.

Foi possível identificar que as ILPIs mantêm interação e comunicação entre si, com parcerias financeiras, troca de mantimentos e material de consumo, troca de informações, discussão e resolução de problemas comuns e das exigências do poder público perante o funcionamento das instituições.

De acordo com os entrevistados, a política municipal do idoso não ocorre se não houver a participação das ILPI. Isso se constata diante do aumento da população acima dos 80 anos, com maior grau de dependência e cuidados, do nível de violência praticado contra a população idosa e o número de idosos esperando por espaços nessas instituições. São pessoas que se enquadram na classificação da OMS (2005) como anciãos (entre 75 e 90 anos) e velhice extrema (a partir de 90 anos). Apesar desse contexto, não se verifica um plano de acolhimento institucional na prefeitura, direcionando para as ILPIs a responsabilidade pela política de assistência social na atenção especial de alta complexidade.

Ainda segundo os presidentes, os mesmos são convidados a participar da agenda pública municipal, mas falta ainda um trabalho de divulgação, chamamento e concretização para que várias partes interessadas participem. Com a população envelhecendo, as ações não podem ser esporádicas e pontuais, devem ser contínuas e abrangentes. No município, as políticas estão mais voltadas para estrutura de espaços públicos e eventos, dirigidos aos idosos em atividades. Devem contemplar todos, dos saudáveis até os debilitados que vivem nas ILPIs, tendo como produto final o bem-estar do idoso.

Quanto mais longevidade, maior a probabilidade de ocorrência de doenças, principalmente Alzheimer e Demência Vasculare que acometem 55% e 20% das pessoas acima de 65 anos, respectivamente (MOSCI, 2013). Percebe-se pelo perfil

dos idosos institucionalizados, muitos deles acima de 90 anos, que as necessidades das políticas vão se tornando mais complexas. Mesmo com os programas de prevenção desenvolvidos pelos CRAS, na Secretaria de Desenvolvimento Social, e USF, na Secretaria Municipal de Saúde, as doenças e abandonos têm se tornado frequentes para os idosos em idade mais avançada.

São dados que corroboram com as pesquisas do ILC-Brasil (2015c), no qual a expectativa de vida saudável é menor do que a expectativa de vida geral, levando os idosos a viverem um período mais longo de incapacidade. Como afirmaram Kalache, Veras e Ramos (1987) e Freitas e Scheicher (2010), a pessoa vai perdendo sua capacidade funcional. Nessas condições, muitos idosos frágeis que não têm família ou foram rejeitados são levados para as ILPIs (KUNZLER, 2016).

É essencial que o poder público municipal não volte suas ações apenas aos idosos em atividade. Políticas para idosos debilitados e em estado de vulnerabilidade social são raras e insipientes no município. Como afirmam os presidentes das IPLI, com a prevenção prolonga-se a vida, conquista social importante. Mas é preciso fazer um questionamento: quanto mais idosa a pessoa, mas dependente ela se torna, e o que tem sido feito para atendê-la?

Programas como casa-lar ou centro-dia são iniciativas que devem entrar em pauta, espaços onde o idoso possa ficar durante o dia e voltar ao convívio familiar; Veras, Ramos e Kalache (1987) já alertavam sobre soluções análogas às creches para idosos que precisam de cuidado.

- **Semana do Idoso**

Realizada desde 2010 pela CMDI e SEDES, em parceria com a SMS, SESC, PAPPI, CAISI, ILPI e Delegacia do Idoso, é uma forma de conscientizar a população sobre o envelhecimento e os direitos da pessoa idosa, sensibilizar sobre atendimento e respeito ao idoso, e de promover atividades físicas e mentais para os idosos. A imprensa (mídia) também é um ator importante na divulgação do evento e dos benefícios para o idoso e a sociedade.

Em relação à Saúde do Idoso, sua premissa é baseada na inclusão, autonomia e autoestima por meio de atividades promovidas por uma equipe multiprofissional, no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), atividades físicas nas praças por meio do Projeto João Pessoa Vida Saudável e grupos de convivência, por meio das ESF - Equipes de Saúde da Família. O idoso

também é contemplado pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SMS – JOÃO PESSOA, 2016).

- **Projeto João Pessoa Vida Saudável**

Desenvolvido pela SMS, desde 2007, em parceria com a Secretaria de Juventude, Esporte e Recreação (SEJER) e Secretaria de Educação (SEDEC). Todas trabalham no intuito de requalificar os espaços públicos de lazer para ampliação dos locais de atuação do projeto, a fim de fortalecer a participação social do cidadão. Quando iniciou eram seis praças e em 2016 já são 22, localizadas nos cinco Distritos Sanitários, além de seis unidades de USF, Clube da Pessoa Idosa e no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Cirandar (CAPSI).

O objetivo é auxiliar e incentivar as pessoas a praticarem exercícios físicos na busca de modos de vida saudável, oferecendo momentos de lazer e integração social, e ampliando o acesso a políticas públicas de promoção da saúde. A rede municipal de saúde tem ainda três Academias da Saúde, que proporcionam ganhos na confiança e melhoria da autoestima das pessoas, além de ampliar a assistência preventiva no cuidado da saúde da população. Registre-se que nesses equipamentos há professores de educação física contratados pelo governo municipal para a realização das atividades (SMS – JOÃO PESSOA, 2016). É classificada como Atenção Básica de Saúde.

- **Academia de Saúde**

Projeto desenvolvido pela SMS, desde 2015, articulado com o Projeto João Pessoa Vida Saudável, Unidades de Saúde da Família (USF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Secretaria da Juventude, Esporte e Recreação (SEJER). Tem como objetivo a prevenção de doenças e promoção da saúde por meio do incentivo a práticas esportivas, artísticas e culturais, promoção da alimentação saudável e mobilização da comunidade. As atividades incluem fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, aula de dança e capoeira e estão localizadas nos bairros de Colinas do Sul, Ernani Sátiro e Ernesto Geisel (SMS – JOÃO PESSOA, 2016).

As atividades nas Academias da Saúde são realizadas em dois períodos (início da manhã e final da tarde), incluindo fisioterapia, nutrição, pilates, psicologia, fonoaudiologia, acupuntura, treinamento funcional, ginástica aeróbica e localizada,

caminhadas orientadas, passeios temáticos, aula de dança e capoeira. Os usuários passam por avaliação física pelos profissionais da unidade.

- **Grupos de Convivência de Idosos**

São 92 grupos de convivência de idosos ligados às Unidades Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde) e Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) de nos cinco Distritos Sanitários (DS) da Secretaria Municipal de Saúde. No ano de 2016, até setembro, foram atendidos 2543 idosos em todos os DS, com uma média de 28 idosos por grupo. Na seção 4.4.3 – Gestão de Territórios nas Políticas Públicas, será detalhada a distribuição de grupos por DS.

São realizadas oficinas e atividades físicas, culturais, lazer, socioeducativas, além de palestras temáticas sobre saúde do idoso. Registre-se que os recursos para o funcionamento dos grupos são de responsabilidades das equipes de saúde que atuam nas unidades, não havendo dotação orçamentária da SMS para esta política. É um fato que põe em risco a sua continuidade, havendo a necessidade de institucionalizá-la na SMS, em função da sua relevância para a prevenção da saúde do idoso.

- **Atenção Integral à Saúde do Idoso**

Realizada pelo Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), unidade de média complexidade localizado no bairro Tambiá. Oferece atendimento ambulatorial em áreas como cardiologia, reumatologia e neurologia, assistência farmacêutica, odontológica, fonoaudiologia, apoio psicoterapêutico, academia, reabilitação física, nutrição, serviço social, acolhimento de idosos e grupos de convivência. Desde a sua criação, em 2007, já cadastrou mais de 16 mil idosos e 12 mil continuam a ser atendidos. Atende em média 180 usuários por dia e um fluxo mensal de 5 mil atendimentos.

Os grupos de convivência, em parceria com a SEDES, promovem o envelhecimento saudável, numa perspectiva de prevenção. Mas também há grupos de memória, de yoga, de educação física (em parceria com a SEDES) e de produção de vídeo (parceria da FUNJOPE).

O objetivo do CAISI é oferecer um envelhecimento com qualidade, proporcionando melhor atendimento ao idoso no SUS, além da prevenção e promoção de saúde por meio dos grupos de convivência e academia. A porta de

entrada é a atenção básica, por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF) que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF). Nesta o idoso é atendido por um clínico geral e, diante do diagnóstico, encaminhado ao CAISI. Também realiza atendimento proveniente de demanda espontânea nas áreas de fonoaudiologia, nutrição e odontologia (SMS – JOÃO PESSOA, 2016). Tem parceria com o Ministério da Saúde.

- **Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)**

Os usuários da rede municipal que possuem dificuldade física de locomoção e necessitam de acompanhamento profissional contínuo, como os idosos, contam com o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), criado em 2012. É ofertado por meio de 80 profissionais que se dividem sete equipes formadas por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos em enfermagem e quatro equipes de apoio constituídas por fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a reabilitação do paciente.

Os casos em que o idoso é negligenciado são encaminhados ao Conselho Municipal dos Direitos do Idoso. Para ter acesso ao SAD, o usuário deve procurar o seu agente comunitário de saúde (ACS) ou a Unidade de Saúde de Família (USF), é necessário estar acamado, ter um cuidador permanente, possuir o cartão Sistema Único de Saúde (SUS) e ser residente do município de João Pessoa (SMS – JOÃO PESSOA, 2016).

- **Consultório na Rua**

Projeto desenvolvido, desde março de 2010, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em convênio com o Ministério da Saúde com a denominação “Consultório de Rua”. Em 2013, foi transformado em programa, com o objetivo é atender moradores de ruas, de todas as faixas etárias, que dependendo da situação é encaminhado ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Também há articulação com a rede municipal de assistência social (CREAS, CRAS, Centro Pop, ILPI). Desde 2015, conta com quatro equipes multiprofissionais formadas por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, agentes sociais e motoristas (SMS – JOÃO PESSOA, 2016).

Outras secretarias municipais têm políticas públicas dirigidas aos idosos: Secretaria de Educação e Cultura (SEDEC), Secretaria de Trabalho, Produção e

Renda (SEDESP), Secretaria de Turismo (SETUR) e Secretaria Municipal de Habitação Social (SEM HAB).

- **Cultura e Lazer**

Em 2016, com a fundação do Centro Cultural Tenente Lucena, ligado à SEDEC, no bairro de Mangabeira, os idosos, assim como outros públicos etários, passaram a ter acesso a mais um equipamento público que oferta atividades de cultura, lazer, artesanato e educativas. O centro garante também a população oportunidade de aprendizado e inclusão digital por meio da Estação Digital, as Secretaria Municipal de Ciência e Tecnologia (SESITEC). Há ações intersetoriais ainda com as secretarias de Desenvolvimento Social (SEDES), Extraordinária de Políticas para as Mulheres (SEPPM) e Juventude, Esporte e Recreação (SEJER), e com a FUNJOPE.

- **Linha de Crédito 50+**

Desde 2012 a Secretaria de Trabalho, Produção e Renda (SEDESP), por meio do Banco Cidadão – Programa Municipal de Apoio aos Pequenos Negócios (Projeto de Microcrédito Orientado) disponibiliza a Linha de Crédito 50+ direcionada a empreendedores a partir dos 50 anos. É uma política que busca atenuar à falta de oportunidades de trabalho para as pessoas com mais idade.

- **City Tour**

A Secretaria Municipal de Turismo (SETUR), em parceria com a SEDES, vem desde 2014 desenvolvendo o projeto de turismo para idosos denominado City Tour. Consiste no uso de vans para visita a pontos turísticos da cidade, em praias, monumentos e centro histórico. Um banco privado faz doação para o Fundo Municipal do Idoso (FMI), responsável pelos recursos do projeto. Além do turismo interno, a SETUR, em parceria com o Ministério do Turismo (MTur), do Governo Federal e a Secretaria de Turismo e Desenvolvimento Econômico (SETDE), do Estado da Paraíba, promoviam ações para promover o turismo junto ao público idoso, a partir do programa Viaja Mais Melhor Idade, do Governo Federal, extinto em setembro de 2016.

- **Habitação Social**

A Secretaria Municipal de Habitação Social (SEM HAB), por meio do programa Minha Casa, Minha Vida, do Ministério das Cidades (MCidades) e da Companhia Estadual de Habitacional Popular (CEHAP), vem atendendo os idosos com moradias adaptadas, seguindo os critérios de disponibilidade de unidades dos condomínios estabelecidos por lei. Nos projetos há parceria com a SEDES, no cadastramento e seleção, da SMS, na definição de unidades de saúde nos condomínios e da SEMOB, na estruturação e sinalização dos espaços.

- **Clube da Pessoa Idosa**

Instituição socioeducativa fundada em 17 de janeiro de 2008, gerida pelo Instituto de Previdência do Município de João Pessoa (IPM-JP), onde se executa políticas públicas para idosos. Até fevereiro de 2013, havia 35 idosos inscritos e 6 funcionários, e desde então foi-se ampliando as atividades e estruturas. A partir de um trabalho de divulgação, o número de inscritos chegou a 2000 idosos, com aproximadamente 1000 idosos mais frequentes, no ano de 2016. Tem uma equipe de 30 funcionários formada por uma diretoria, diretoria adjunta, equipe de secretarias e equipe da área de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, dentre outros).

As atividades até o final de 2012 eram predominantemente artesanais (corte, costura, tear, mosaico). A partir de 2013, além desta foram incluídas ginástica gerontológica, natação, fisioterapia, psicoterapia, dança e biodança, yoga, pilates, hidroginástica, aeróbica, alongamento, curso de informática, eventos (datas comemorativas, baile mensal, semana do idoso, carnaval, São João, Olimpíadas, dentre outros) e palestras (saúde, direitos do idoso, alimentação). Há uma diversidade para tornar o clube mais atrativo para o idoso, e muitos deles participam de todas as atividades. Para isso, funciona das 6 da manhã às 5 da tarde em uma estrutura física localizada no bairro do Altiplano.

Podem participar além de idosos, também aposentados e pensionistas menores de 60 anos. Em linhas gerais, a maioria está na faixa entre 70 e 80 anos, chegando aos 96 anos, sendo que 90% são mulheres e apenas 10% são homens. É um espaço aberto para todas as classes sociais, moradores de toda a cidade de João Pessoa e municípios vizinhos, e até idosos estrangeiros em férias ou visitando a cidade participam das atividades. Para a locomoção, o IPM-JP disponibiliza,

diariamente, um ônibus que transporta do parque da lagoa no centro até a sede do clube.

Para a coordenadora, a política é importante para a reinserção do idoso na sociedade, proporcionando condições de se sentir útil, cumprir seu papel de cidadão, exercendo novas atividades, inclusive em trabalho laboral e aumentando sua renda. Para implementar uma nova atividade, leva a demanda até o IPM-JP, que discute em reuniões da administração e tendo recursos, é implementada. Na sua execução, tem o apoio de empresas privadas, para eventos e passeios; da mídia, por meio de entrevistas e programas que divulgam as ações do clube; e parceria institucional das ILPI. Com a SEDES, dá assistências aos grupos de convivência dos CRAS, que participam de atividades no clube, conforme já observado anteriormente. Em relação ao Estado, a questão política partidária interfere nessas relações.

Por fim, é importante analisar a relação do município com o governo estadual. Nesse sentido, o PAPPI tem buscado parceria e articulação com as políticas públicas do estado, como os grupos de convivência nos Centros Sociais Urbanos (CSU), Programa Habitacional Cidade Madura, Projeto Acolher, que atua junto aos ILPI, Centro de Convivência do Idoso e Delegacia do Idoso, estes últimos dos analisados mais adiante. No entanto, segundo a coordenação do PAPPI, é um processo ainda em construção.

- **Centro de Convivência do Idoso (CCI)**

Criado em 2004 pelo Governo do Estado da Paraíba, está ligado à Secretaria de Desenvolvimento Humano (SEDH) e localizado no bairro Castelo Branco. Sua coordenação está subordinada aos Centros Sociais Urbanos (CSU) e à Política Estadual do Idoso. É uma política pública executada no município de João Pessoa, mas sem nenhum vínculo com a prefeitura. Anteriormente, entre 2002 e 2004, funcionava como Centro-Dia, após esse período transformou-se em CCI.

São 240 idosos cadastrados, com frequência média diária de 40 pessoas, de acordo com a atividade de interesse. São idosos com perfis socioeconômicos diversificados, advindo de todas as regiões da cidade, bem como daqueles que moram nas ILPIs. Outros também que participavam dos grupos de convivência que foram extintos no município estão frequentando o CCI, sobretudo nas atividades de hidroginástica, uma das mais valorizadas e procuradas. Mas à medida que

conhecem o centro, vão se inserindo em outras atividades. No entanto, é uma política ainda desconhecida pela população, principalmente dos bairros mais periféricos e até dos moradores do Castelo Branco.

As atividades, programadas no planejamento anual, incluem hidroginástica, academia adaptada a idosos, terapia prânica (técnica que utiliza a energia vital, o prana, no restabelecimento da saúde ou na prevenção de doenças), ioga, aeróbica, jogos lúdicos (terapia ocupacional), oficina da memória (psicologia), teatro, fisioterapia (preventiva/antiqueda, alongamento, equilíbrio muscular), fisioterapia (integrada com exames médicos), dança (popular e folclórica), palestras formativas (envelhecimento saudável, direitos e deveres do idoso, segurança, meio ambiente), comemorações e eventos (semana do idoso, dia da mulher, São João, carnaval, concursos) e passeios (turísticos, históricos, culturais e artísticos).

Até 2010, segundo a coordenação, prevaleciam as atividades manuais e artesanais, como corte e costura, no CCI. Outras que cerceavam a liberdade do idoso participar e que não respeitavam a expressão cultural do idoso, como o coral de cunho mais religioso, foram descontinuadas. O programa de Educação para Jovens e Adultos (EJA) não teve continuidade devido à baixa procura, embora tenha ainda idosos não alfabetizados na unidade.

Com a diversificação das atividades, expandiram as vagas bem como ampliaram o acesso. São aceitas pessoas a partir de 55 anos, sendo que o mais idoso tem 98 anos, com a participação de 95% do público feminino. Dado este que reforça o perfil dos participantes das políticas públicas no município de João Pessoa.

Para gerenciamento da unidade e execução das políticas, tem uma equipe composta por 16 funcionários: coordenador, secretário, 4 auxiliares de serviços, 3 seguranças, 2 serviços gerais, 5 professores (educação física, psicologia e artes). E parcerias com a UFPB, do curso de Terapia Ocupacional, Unipê (Fisioterapia) e Faculdade de Biomedicina (Fisioterapia). Tem o apoio também do CMDI, CEDDPI, CMAS. Por outro lado, articulação com outras secretarias estaduais ocorre de maneira incipiente com a Secretaria de Estado da Juventude, Esporte e Lazer (Sejel). Já houve convite da Secretaria de Estado de Cultura (Secult), mas sem resposta. Enfim, a dificuldade de realizar trabalhos integrados não é um problema apenas municipal.

- **São João do Idoso**

Evento realizado pelo Instituto de Previdência do Município de João Pessoa (IPM), tem como objetivo celebrar uma das maiores manifestações culturais do Nordeste, promover o bem estar, qualidade de vida e integração das pessoas idosas. É realizado no Clube da Pessoa Idosa, com apoio de ILPI e USF (JOÃO PESSOA, 2016).

- **Segurança do Idoso**

A Delegacia do Idoso, órgão estadual, orienta e apoia as pessoas sobre como cuidar do idoso. Tem famílias que conseguem esse objetivo, enquanto outras não. Nesse sentido, medidas punitivas e processuais são executadas. Há também a fiscalização e acompanhamento das famílias, de surpresa, a fim de verificar se o idoso está sendo bem tratado, e confirmando os maus tratos, abre-se uma investigação. Há indiciamentos sobre agressão psicológica, física, financeira e patrimonial, mas apenas quando se encerram todas as possibilidades, o idoso é encaminhado a um abrigo. Após o idoso institucionalizado, caso haja denúncias de violência moral, física, psicológica ou de qualquer outra natureza, a instituição instaura procedimentos para apuração.

A instituição realiza palestras para idosos sobre respeito, cooperação e interação intergeracional, comunitária e familiar, além de temas como uso de dinheiro e proteção em locais públicos e privados. Para cumprir suas funções, firma parcerias com os Conselhos Municipal e Estadual do Idoso, secretarias municipais (SEDES, SMS), órgãos estaduais (Ministério Público, Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano – SEDH) e federais (Secretaria de Desenvolvimento Humano, Secretaria Especial de Direitos Humanos).

Quanto à cidade de Cuiabá, nos próximos parágrafos descreve-se e analisa-se as políticas, programas, projetos e ações desenvolvidas, identificando os órgãos responsáveis, principais atividades, os atores participantes, e as articulações interfederativas e intersetoriais (Tabela 61).

Tabela 61 – Políticas, Programas, Projetos e Ações de Atendimento ao Idoso – Cuiabá

Variável	Órgão Responsável	Intersetorialidade	Articulação Interfederativa	Atores Participantes
SCFV/Pessoa Idosa	CRAS/SMASDH	SMS, SMCTE	Governo Federal/MDS	COMDIPI, CMAS, IES, SESC, Empresa, ONG
Atendimento de Proteção Especial	CREAS/SMASDH	SMS, SORP, SME, SECOM	Governo Federal/MDS e Estados/SETAS	COMDIPI, CMAS, MP, PM, Sociedade Civil, Hospitais, CRAS, Defensoria Pública,
Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos	ILPI/SMASDH	SMS	-	COMDIPI, CEDDPI, CMAS, MP, CRAS, CREAS, Sociedade Civil
Centro de Convivência	SMASDH/DGDPS	SME, SMS, SMCET, SEMOB	Federal/MCIT, Estadual/SESITEC	CRAS, Empresas Privadas, Igrejas, ONG
Semana do Idoso	SMASDH/COMDIPI	SMS, SEMOB, SMCET, PGM, SME, SORP	-	SESC, Instituto Atitude, Pastoral da Pessoa Idosa
Cartilha do Idoso	SMASDH/COMDIPI	-	-	MP, Defensoria Pública
Carteira do Idoso	CRAS/SMASDH	-	Governo Federal/MDS	COMDIPI, PROCON, AGER
Programa Saúde Básica do Idoso	USF/CO/SMS	SMASDH	Governo Federal/MS	CCI, CRAS, CREAS, ILPI, SESC, AMPI, UFMT, COMDIPI
Caderneta da Pessoa Idosa	SMS/DAB	SMASDH	SES/MT, Governo Federal/MS	DAS/SMS, CMS, COMDIPI, CMAS, CMDPD
Grupos de Convivência	USF/CS/SMS	SMASDH	-	CRAS
Dia Municipal do Idoso	USF/SMS	-	-	SESC
Consultório na Rua	SMS	SMASDH	Governo Federal/MS	CRAS, CREAS, ILPI
Cartilha do Bom Motorista	SEMOB	-	-	Empresas Privadas, COMDIPI
Cartilha de Mobilidade	SEMOB	-	-	COMDIPI, PROCON, AGER, AMAPI, AMTU
Acessibilidade e Mobilidade	SEMOB	SORP, SMADES	-	COMDIPI, DETRAN
Alfabetização Melhor Idade	SME	SMASDH/CCI, SMS, SECOM	Governo Federal/MEC	ONG, Empresas Privadas, UFMT
Projeto de Esporte AMOR	SMCET	SECOM	-	ONG, Empresas Privadas
Habitação Social	SMHRF	SMASDH, SMS, SME, SEMOB	Gov. Federal/MCidades	Defesa Civil e Ministério Público

Fontes: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/principal>; Documentos; Entrevistas do Autor (2016)

- **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos/Pessoa Idosa**

Realizado desde 2013 nos 14 CRAS (Tabela 62), em suas sedes e nos espaços de instituições parceiras, como centros comunitários, bases comunitárias e Unidades Saúde da Família (USF) e entidades sociais. Antes do reordenamento havia mais grupos de convivência, focalizados mais em bailes. Atualmente são 21 grupos que se reúnem uma ou duas vezes por semana, com 991 idosos

cadastrados, com média de 47 por grupo. Os mais frequentes são 556 idosos, e média de 27.

Hoje as atividades, com a finalidade do não isolamento do idoso e a prevenção da exploração e violência, incluem bingo, palestras socioeducativas, comemorações, passeios por faixa e intergeracional (parques, cinema, balneários, clubes), ginástica laboral, danças típicas (lambadão, rasqueado, vaneirão), coral, ioga, artesanato, roda de conversas. Além de visitas e acompanhamentos de famílias que necessitam de proteção social, seja por meio de denúncias, buscas ativas e encaminhamentos do Ministério Público, COMDIPI e Defensoria. O ideal seria manter mais visitas regulares, mas falta equipe devido à extensa área territorial.

Tabela 62 – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – Cuiabá

CRAS	Ano	Nº Func.	Grupos de Convivência	Perfil dos Idosos
Jd. União	2006	11	1 no Paiaguás (126 idosos) 1 no Jd. Vitória (80 idosos)	60 a 104 anos, 90% Mulheres, Classes C/D/E
CPA III	2010	10	1 no Morada do Ouro (35 idosos) 1 no CPA II (35 idosos) 1 em Nova Conquista (30 idosos) 1 no 1º de Março (30 idosos)	60 a 85 anos, 90% Mulheres, Classes C/D/E
Dr. Fábio	-	-	Encerrado	-
Jd. Araçá	2006	17	1 no Jd. Araçá (30 idosos)	60 a 90 anos, 90% Mulheres, Classes C/D/E
Dom Aquino	2010	15	1 no Dom Aquino (35) 1 no São Mateus (24 idosos) 1 no Campo Velho (85 idosos) 1 no AMPI - Poção (80 idosos)	60 a 90 anos, 95% Mulheres, Classes C/D/E
Getúlio Vargas	2010	16	1 no USF Itapajé (50 idosos) 1 no USF Res. Coxipó (50 idosos)	60 a 88 anos, 95% Mulheres, Classes D/E
O. Cabral	-	-	Transferido para CCI	-
Novo Colorado	2010	8	1 no Novo Colorado (51 idosos)	58 a 74 anos, 90% Mulheres, Classes D/E
Pedra 90	2005	13	1 no Pedra 90 (45 idosos)	55 a 80 anos, 85% Mulheres, Classes D/E
Pedregal	2010	12	1 no Bela Vista (30 idosos) 1 no Jd. Leblon (20 idosos)	60 a 85 anos, 95% Mulheres, Classes C/D/E
Nova Esperança	2010	11	1 no Novo Colorado (30 idosos)	60 a 80 anos, 97% Mulheres, Classes D/E
Planalto	2010	-	Transferido para CCI	-
Tijucal	2005	21	1 no Tijucal (46 idosos)	60 a 85 anos. 90% Mulheres, Classes C/D/E
Praeiro	2010	11	1 no Praeiro (15 idosos) 1 no Grande Terceiro (63 idosos)	60 a 95 anos, 95% Mulheres, Classes D/E

Fontes: Documentos dos CRAS. Entrevistas do Autor (2016)

São idosos de todas as classes sociais atendidos nos grupos de SCFV, na faixa entre 55 e 104 anos, com predominância das classes D e E, do sexo feminino (mais de 85%). Todos são cadastrados, e aqueles com perfil socioeconômico e beneficiários de programas sociais são incluídos no CadÚnico, gerando o NIS.

O grupo de convivência do CRAS Dr. Fábio foi cancelado devido à falta de cadastro de idoso, o que significa falha de gestão diante do contingente de pessoas que ainda não é atendido pela política. O grupo Osmar Cabral foi transferido e referenciado no CCI João Guerreiro e do Planalto para o CCI Aideê Pereira. Neste último, há um grupo no bairro Carumbé, sem sucesso no referenciamento.

Segundo os coordenadores, os moradores de bairros mais periféricos, dentre eles os supracitados, não conhecem os serviços de convivência. Outros não sabem qual o CRAS de referência, e assim, ficam sem o atendimento. Para sua divulgação, utiliza como canais de comunicação escolas, unidades de saúde e até os usuários, mas não é suficiente e muitas vezes ineficiente. O resultado é a procura nessas unidades para a realização de exames e confecção do cartão do SUS, que são de responsabilidade da área de saúde.

O CRAS atua conjuntamente na rede de proteção social (CREAS, COMDIPI, CMAS, Defensoria Pública, albergues, ILPI, Ministério Público) em casos de idosos que necessitam de atenção especializada, além da Secretaria de Saúde (SMS), com a realização de exames (pressão arterial, taxa de glicose), palestras e encaminhamentos de idosos, Secretaria de Cultura, Esporte e Turismo (SMCET), em eventos e atividades como ginástica laboral. Com o Governo Federal, a estruturação e recursos liberados pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Sobre esse ponto, todos os coordenadores relataram redução do orçamento com as mudanças instituídas com o novo governo. Conseqüentemente, muitas atividades foram suspensas como passeios, no CRAS Novo Colorado, e atividades físicas, no CRAS Dom Aquino.

Ocorre também parceria com o SESC, por meio do programa Mesa Brasil e disponibilidade de clubes; Instituições de Ensino Superior (IES), com estágios nas áreas de fisioterapia, educação física e serviços; empresas privadas nos passeios realizados; órgãos judiciários com palestras; ONG, em atividades artesanais e laborais.

As unidades dos CRAS têm uma equipe funcional formada por coordenadores, assistentes administrativos, assistentes sociais, técnicos operacionais de programas sociais, educadores sociais, motorista, vigilantes e seguranças, recepcionistas, e serviços gerais. A média geral é de 13 funcionários por unidade. No entanto, faltam psicólogos que são obrigatórios na equipe PAEF. Tem apenas no CRAS Dom Aquino, e por outro lado, falta orientador social; no Novo

Colorado, que por sua vez faltam técnicos para SCFV; e no Praeliro, o único com equipe completa.

Em relação aos assistentes sociais, por meio de concurso público foram efetivados esses profissionais, mas não o suficiente. No Pedra 90 eram quatro profissionais, hoje apenas um. Ao menos 64% de todo o quadro ainda são contratados, na maioria das unidades públicas da SMASDH, esse índice é superior a 90%, portanto, mais instáveis com mudanças de governo.

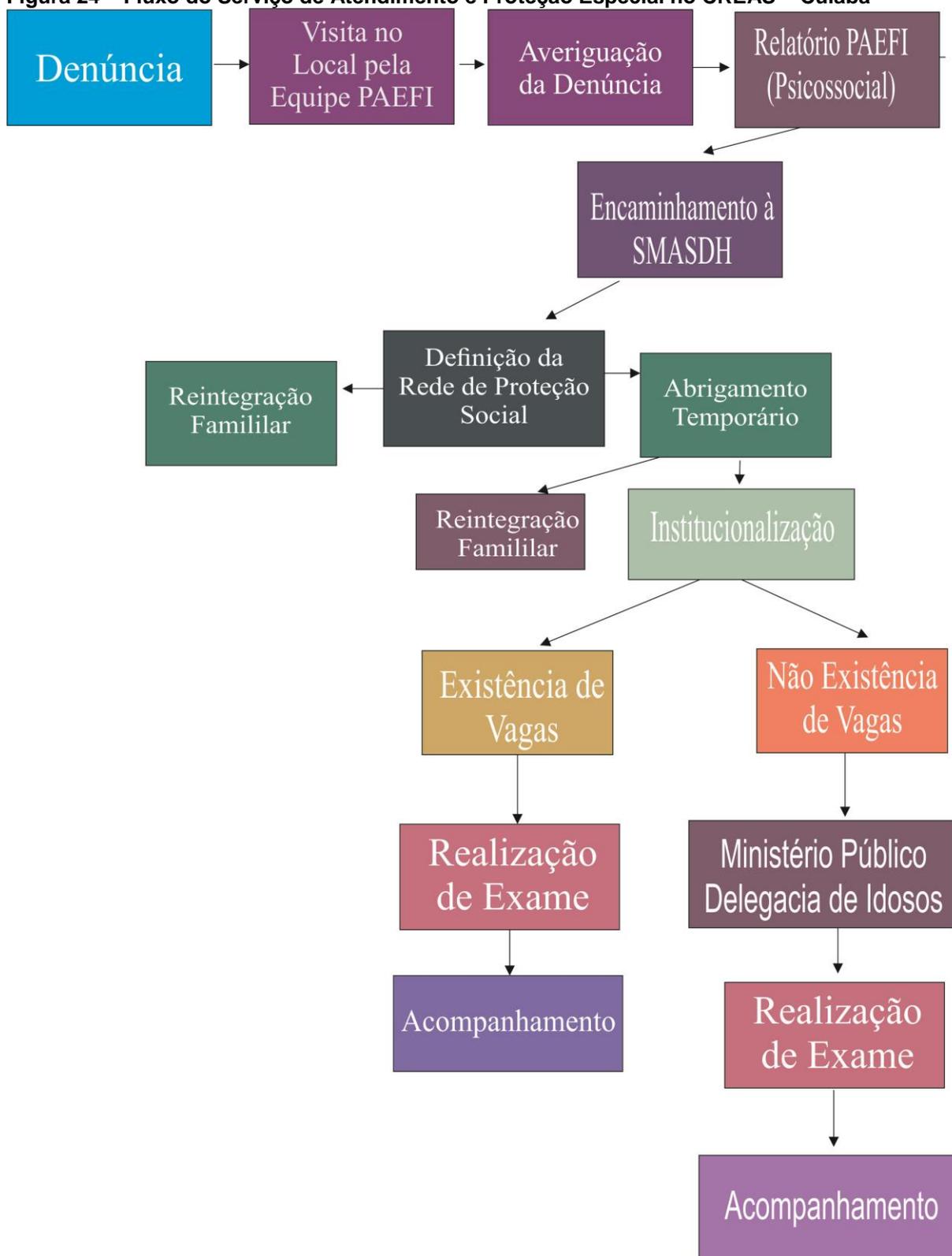
- **Serviço de Atendimento e Proteção Especial**

O CREAS é a unidade pública responsável pela política de atendimento e proteção especial, ofertada de forma contínua a cidadãos (idosos, crianças, jovens, adultos) e famílias em situação de vulnerabilidade social. São várias as formas de acesso ao serviço: procura espontânea da pessoa ou família em situação de violação de direitos, encaminhamento de outras entidades ou instituições (hospitais, delegacias, conselhos de direitos), busca ativa e denúncias.

As principais ações incluem a acolhida e escuta para a identificação das necessidades do usuário, estudos sociais e diagnóstico socioeconômico, visitas domiciliares quando necessário acompanhamento, atendimento psicossocial inclusive com orientação jurídico-social em casos de ameaças e violação de direitos, orientação e encaminhamentos para a rede assistencial (COMDIPI, CRAS, ILPI, MP), orientação e estímulo ao convívio familiar e comunitário, elaboração de relatórios e prontuários (SMASDH – CUIABÁ, 2016).

O serviço de atendimento e proteção especial nos CREAS Norte e Centro se inicia a partir de denúncias feitas por famílias, vizinhos e rede de atendimento, como o Ministério Público, COMDIPI, CEDEIPI, Promotoria e Defensoria Pública, desencadeando uma série de ações, conforme demonstrado na Figura 24. Além das denúncias, há demanda espontânea, em que as pessoas procuram as unidades em busca de atendimento, especialmente no CREAS Centro, onde se concentra a maior parte de moradores de rua.

Figura 24 – Fluxo do Serviço de Atendimento e Proteção Especial no CREAS – Cuiabá



Fonte: Elaborada pelo Autor a partir das Entrevistas (2016)

Outra ação consiste na busca ativa e abordagem solidária nos espaços públicos. Para isso, faz-se um levantamento socioeconômico e demográfico da população, identificando as pessoas com violação dos direitos. São incluídos nesse

público os moradores de rua em trânsito, que vem de outras localidades e ficam sem abrigo em Cuiabá. No CREAS Centro essa abordagem ocorre três vezes por semana em ruas, praças, viadutos e rodoviária. O idoso, juntamente com mulheres e crianças, compõe o maior número de ocorrências em situação de abandono.

Ressalta-se que idosos de todas as classes sociais sofrem violência e necessitam dos serviços do CREAS, principalmente na área central da cidade. Porém, a abordagem é mais fácil entre aqueles com menor poder aquisitivo, uma vez que o acesso às moradias e contato com as pessoas tem menos obstáculos.

A equipe PAEFI do CREAS Norte é formada por Assistente Social, Psicólogo, Advogado e Monitores. No CREAS Centro faltam psicólogo e jurídico, prejudicando a execução da política. Estas equipes elaboraram o relatório psicossocial, designando à SMASDH a decisão final de reintegrar à família, quando existir, ou para abrigamento temporário ou institucionalização. Em outra perspectiva, são encaminhados relatórios referenciais aos CRAS com a finalidade de integrar o idoso nos grupos de convivência, ao invés de encaminhá-lo a abrigos.

Na execução da política tem a parceria das Secretarias de Saúde (SMS), Ordem Pública (SORP) e Educação (SME), CRAS, Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social (SETAS), Delegacia da Mulher e do Idoso, que encaminham os casos para realizar as abordagens, além da Polícia Militar e organizações filantrópicas, cujo objetivo maior é reintegrar a pessoa ao convívio familiar, seja o morador de rua ou de abrigos. Dessa forma, as famílias são procuradas por meio de divulgação da Secretaria de Comunicação (SECOM), e tendo todas as possibilidades exaustivas, o idoso é encaminhado a uma ILPI.

- **Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos**

Este serviço é uma sequência da política pública executada pelo CREAS, que consiste no abrigamento institucional dos idosos que tiveram os vínculos familiares rompidos ou daqueles sem família. Atualmente, existem três ILPIs cadastradas no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDIPI) e Conselho Municipal de Saúde (SMS), em Cuiabá (Tabela 63).

Tabela 63 – Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) – Cuiabá

ILPI	Ano de Fundação	Localização/Bairro
Fundação Abrigo Bom Jesus	1940	Centro Político Administrativo (CPA)
Recanto Feliz – Residencial Geriátrico	2005	Despraiado
Residencial Geriátrico Casa Nova	2012	Boa Esperança

Fonte: SMS – CUIABÁ (2016)

A *Fundação Abrigo Bom Jesus* é a única IPLI do município parceira nas políticas públicas de assistência social de alta complexidade para idosos. Nesse sentido, o idoso que depender do poder público para ser institucionalizado fica dependente da mesma, cuja demanda é muito grande. Diante da realidade presente e a tendência maior de envelhecimento populacional, este fator é extremamente grave no sentido da falta de estruturação de políticas e programas nesse nível de complexidade.

As demais são instituições particulares, em que o idoso ou seus familiares ou responsáveis mantêm o aporte financeiro para institucionalizá-lo. De todo modo, são fiscalizadas e monitoradas pelo Ministério Público, Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDIPI), Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDDPI), Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e Ministério Público (MP). Caso não estejam adequadamente estruturadas para receber e manter os idosos, são notificadas, interditadas e até fechadas, conforme ocorreu em 2015 com uma unidade.

- **Centros de Convivência de Idosos (CCI)**

Vinculados à Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Políticas Sociais (DGDPS), da Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH). O CCI tem por objetivo promover uma programação diversificada de oficinas e atividades planejadas que estimulem e promovem o envelhecimento ativo, contribuindo com os principais aspectos biopsicossociais do envelhecimento, a melhoria da qualidade de vida do idoso, estimulando sua independência e autonomia (COMDIPI – CUIABÁ, 2016b).

Todos os idosos são cadastrados para participarem das atividades, passam por exames médicos, e aqueles com renda até dois salários mínimos também são inseridos no CadÚnico, na geração do NIS e acesso aos programas sociais, como parte do serviço de proteção básica da assistência social.

No município há quatro CCI, criados a partir de 1999, onde se executam programas de atenção ao idoso (Tabela 64).

Tabela 64 – Características e Atividades dos Centros de Convivência de Idosos (CCI) – Cuiabá

CCI	Bairro	Fundação	Nº de Funcionários	Nº de Idosos	Perfil dos Idosos
Aideê Pereira	Novo Horizonte	01/10/1999	7	510 cadastrados 100 por dia	50 a 91 anos 95% Mulheres
Padre Firmo	Dom Aquino	15/09/2000	21	810 cadastrados 200 por dia	60 a 95 anos 90% Mulheres
João Guerreiro	Altos do Coxipó	25/03/2000	13	430 cadastrados 90 por dia	55 a 87 anos 80% Mulheres
Maria Ignês	CPA III	08/04/2003	14	486 cadastrados 160 por dia	60 a 98 anos 85% Mulheres

Fonte: Pesquisa do Autor (2016)

O CCI *Aideê Pereira do Nascimento ou “Aideê Pereira”* foi o primeiro a ser fundado em Cuiabá, em 1999, por meio da Lei n. 3.899, de 25 de outubro de 1999. Funciona das 7h às 13h, de segunda à sexta-feira, mas às quintas-feiras no período da tarde ocorre o baile dos idosos, atividade mais procurada e valorizada por eles. Tem um cadastro de 510 idosos, com cerca de 100 em plena atividade, com idades entre 50 e 91 anos e a grande maioria (mais de 90%) é mulher. Adultos com menos de 60 anos procuram o CCI com problemas de depressão e outras participam do projeto de alfabetização, o que poderá refletir positivamente na qualidade de vida dessas pessoas no futuro.

O principal meio de transporte para locomoção daquele que moram distantes da unidade é o público. Diante da necessidade do uso do transporte, muitos idosos reclamam dos serviços, desencadeando outras ações públicas para melhorar o relacionamento entre os motoristas dos veículos e os idosos. Mais adiante será detalhada essa ação, que mostra a importância de desenvolver políticas em várias áreas, complementando-as entre si. Por exemplo, sem um serviço de qualidade no transporte, muitos idosos podem não se beneficiar de outras políticas.

Com uma equipe funcional de 7 funcionários, constituída por coordenador, 2 assistentes administrativos, 2 serviços gerais e 2 professores, a unidade tem deficiência de assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, serviços gerais e enfermeiro. Em outras gestões municipais, a unidade tinha esses profissionais atuando. Isso demonstra que a política é fragilizada devido à falta de estrutura, que depende da discricionariedade do poder público municipal para seu funcionamento. De acordo com o presidente, é importante que se invista em pessoal para atender as necessidades dos CCI. Uma medida é realizar mais concursos públicos para efetivação dos funcionários, pois com contratos temporários, políticas podem ser descontinuadas.

Nas decisões tomadas nos CCI há parceria com o CRAS de referência (Bairro Planalto), no encaminhamento de idosos com problemas e precisam ser encaminhados à rede de proteção. Tem ações articuladas com a Secretaria de Educação (SME), mas ainda não há efetividade com a Secretaria de Saúde (SMS) e Secretaria de Cultura, Esporte e Turismo (SMCET), para trazer esses profissionais.

O CCI *Padre Firmo Pinto Duarte Filho ou "Padre Firmo"* foi fundado em 2000 (Lei n. 3.960, de 6 de junho de 2000), sendo um dos mais bem estruturados do município, com uma equipe funcional mais completa e recebendo o maior número de idosos. Funciona de segunda a sexta, das 7h às 13h com 10 atividades diárias (dessas, 3 são atividades físicas), e nas quartas realiza-se o baile no período da tarde. São 800 cadastrados, que estão ativamente frequentando as atividades, sendo que em média 20 idosos participam diariamente. O perfil sócio demográfico varia de 60 a 95 anos, composto por 90% mulheres e 10% homens, de todas as classes sociais. Registre-se que os homens são levados por suas companheiras ao centro, supõe-se que há uma "cultura masculina" mais avessa a participar dessas atividades, que poderá ser confirmada com novos estudos.

Tem uma equipe funcional composta por 21 pessoas: coordenador, fisioterapeuta, assistente social, enfermeira, educador físico, serviços gerais, monitor, técnicos administrativos, agente administrativo, vigilantes e seguranças, professores da educação, dentista, professor de vôlei. Há também voluntários de uma Organização Não Governamental (ONG) e professor de informática. De acordo com a presidente, faltam médicos para atender os casos mais frequentes em idosos (diabetes, hipertensão, Parkinson e Alzheimer) e psicólogo (no tratamento de depressão).

A intersetorialidade ocorre com as Secretaria de Educação (SME), com o projeto EJA para idosos, que será descrito mais adiante, da Secretaria de Cultura, Esporte e Turismo (SMCET), na cessão de professor de vôlei adaptado ao público idoso, de Saúde (SMS), na disponibilidade de odontólogo, e de Mobilidade Urbana (SEMOB), nas palestras sobre transporte coletivo e o tratamento diferenciado que os idosos precisam. Também tem parceria com o CRAS de referência (Dom Aquino).

O CCI *João Maria dos Santos ou "João Guerreiro"* foi fundado em março de 2010 (Lei n. 5.245, de 22 de outubro de 2009), e atende 430 idosos, sendo de 80 a 100 a frequência diária. A maioria dos participantes (80%) é mulher, entre 55 e 87 anos, de baixa renda. Os idosos são cadastrados no CadÚnico, mas não restringe a

participação de pessoas com renda mais alta. A unidade funciona todos os dias, das 7h às 13h, e nas quintas à tarde o tradicional baile, onde se reúne o maior número de participantes.

Tem uma equipe funcional composta por 13 funcionários: coordenador, técnico de enfermagem, fisioterapeutas, assistente social, administrativos, seguranças e vigilâncias, serviços gerais. Na unidade faltam psicólogos e educador físico. Constata-se em todos os CCI a ausência de psicólogos nos quadros de funcionários, exigência do SUAS na oferta de políticas da assistência social.

A intersetorialidade deveria ser mais forte na unidade, segundo a coordenadora. Por exemplo, a SMASDH não pode contratar professores de Educação Física, assim a SME deveria encaminhar; da mesma forma, a SMS disponibilizar enfermeiros para tarefas essenciais como aferição de pressão dos idosos. Outras parcerias têm se efetivado com os CREAS e Instituto PROASPI, que encaminham adolescentes para cumprir medidas socioeducativas no CCI.

O CCI *Maria Ignês França Auad* ou "*Maria Ignês*" foi o último a ser criado, em 2003. São cadastrados 486 idosos, dos quais há uma frequência diária entre 150 e 170. Com uma proporção de 85% de mulheres de classes sociais média e baixa, estão na faixa entre 60 e 98 anos. Assim como nos demais CCI, os idosos de baixa renda são inseridos no CadÚnico, emitindo-se o NIS. O funcionamento é padrão, tendo também o baile todas as quartas, no período da tarde. Destaca-se que foi o primeiro a ter uma academia para idosos.

Tem uma equipe formada por 14 funcionários: coordenação, fisioterapeuta, educadores físicos, professores da educação, administrativos, serviços gerais, seguranças e vigilâncias. No entanto, tem carência de psicólogo, assistente social, médico e fisioterapeuta. Ademais, se articula com os CRAS e CREAS (SMASDH), Unidades Saúde da Família e Centros de Saúde (SMS), mas para o coordenador, ainda é incipiente, tornando as políticas ainda frágeis.

As atividades, no conjunto dos CCI, incluem caminhada, musculação, hidroginástica, hidroterapia, cinesioterapia, ginástica laboral, artesanato (pintura em tecido, crochê, tricô, reciclagem), aulas de informática, passeios em balneários, parques e chácaras, datas comemorativas (aniversários, dia do idoso), bailes, aula de dança, coral, palestras educativas e instrutivas (saúde, alimentação, motivação, autoestima, bem estar e direitos do idoso) e passeios em rios, cachoeiras e balneários (Chapadas dos Guimarães, Manso, Águas Quentes). A questão cultural

mato-grossense é expressa nos bailes, em que os idosos preferem ritmos locais como rasqueado, vaneirão e lambadão. Ressalta-se que no “Aideê Pereira” foram interrompidos o artesanato, dança e coral, por falta de recursos financeiros, e os idosos cobram o retorno dessas atividades.

Em relação à articulação interfederativa ocorre entre o município e o governo estadual, na liberação de aporte financeiro, que está sempre em atraso, e a estruturação do laboratório de informática do Centro de Acesso à Tecnologia para Inclusão Social (CATIS), oferecida pela Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação (SESITEC) e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI). Ocorre ainda parceria com empresas privadas (transporte, farmácias, comércios), organizações do terceiro setor (Instituto PROASPI), instituições de ensino superior (UFMT, UNIC – Universidade de Cuiabá, UNIVAG – Centro Universitário de Várzea Grande), instituições religiosas e palestrantes, na oferta dos serviços, e contribuindo para a continuidade do CCI.

De acordo com os coordenadores, a mesma percepção dos membros do COMDIPI, o poder público ainda não dispensa aos idosos a mesma importância em termos de políticas públicas, como ocorre para crianças e adolescentes. As ações voltadas a esses segmentos são mais fortalecidas, como o projeto Siminina que recebe mais recursos e estrutura, enquanto o idoso é menos assistido. Por exemplo, os eventos e passeios para idosos são iniciativas dos técnicos, que podemos denomina-los de burocratas de nível de rua, e não das secretarias. Muitas vezes o transporte para os passeios não é disponibilizado pela gestão. Nesse sentido, a coordenação de proteção básica deve articular esses serviços aos idosos.

Ocorre ainda a falta de acesso a idosos que precisam dos serviços, e muitos desconhecem o CCI. Para os coordenadores, os agentes de saúde deveriam detectar na abordagem a necessidade do idoso e passar aos CRAS. Estes, após análise da situação do idoso, encaminhar aos CCI. Falta a Secretaria de Comunicação (SECOM) divulgar mais as atividades realizadas. O “Padre Firmo” tem estrutura para atender até 1000 idosos, mas deve-se criar novas atividades por meio de um trabalho integrado com várias secretarias municipais, estaduais e demais parcerias, conforme já observado anteriormente.

Como uma política instituída no âmbito municipal, cada gestor adota uma forma de trabalho, além de ter um olhar diferente para o idoso. Na gestão anterior, os CCI funcionavam o dia todo, e de acordo com os coordenadores, o atual horário

restringe significativamente o número de idosos atendidos. Para os coordenadores, à época da criação, havia mais políticas e maior integração entre as secretarias, como o projeto Coral para Idosos da Secretaria de Cultura, Esporte e Turismo (SMCET), a disponibilização de mais médicos (SMS) e professores de educação física (SMCET). No CCI “Maria Ignês”, por exemplo, falta ampliação, estruturação e recursos humanos, financeiros e materiais para maior abrangência.

Os CCI, como unidades executoras de políticas sociais, têm-se ajustado à natureza dos problemas sociais do idoso (SOARES *et al.*, 2013), como a necessidade de atividades físicas, culturais, educativas, de saúde, de lazer, sociais e da ocupação do tempo. Sobre a ociosidade e tempo livre dos idosos, Goulart *et al.* (2010), Oliveira (2013), Moura e Souza (2012) afirmam ser a principal causa de depressão nesse grupo etário, e muitos chegam ao CCI com sintomas da doença.

Nota-se entre os frequentadores a presença significativa de mulheres (mais de 80%), enfatizando o que os autores têm denominado sobre solidão na velhice feminina (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987; BELON, LIMA e BARROS, 2014, ILC BRASIL, 2015a). A faixa de idade ultrapassa os 90 anos, dado esse que reforça os achados do ILB Brasil (2015a), no qual um terço da população acima dos 80 anos ainda mantém condições físicas e mentais (ILC BRASIL, 2015a), para exercer sua participação na comunidade e nos programas a ela destinados.

O CCI parte de um conceito comum, políticas públicas do idoso, estabelecendo prioridades de ações conjuntas e convergentes envolvendo vários setores (GANDARA *et al.* 2006; CARLEI, MOURA e POZZI, 2012), especialmente social, saúde e educação. Entretanto, a intersectorialidade ocorre mais no processo de execução, mas para sua efetividade, a gestão da diretoria de atenção básica deve pensar de forma integrada em todas as etapas, como salientam Lotta e Favaretto (2016). Por outro lado, os CCI têm firmado parcerias institucionais em diferentes segmentos empresariais e do terceiro setor (AZEVEDO, PELICIONI e WESTPHAL, 2012), como educação, religião, cultura, transporte e saúde.

- **Semana do Idoso**

Coordenado pelo COMDIPI e SMASDH desde 2007, em parceria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Mobilidade Urbana (SEMOB), Cultura, Esporte e Turismo (SMCET), Procuradoria Geral do Município (PGM) e iniciativa privada (SESC). Os idosos atendidos nos Centros de Convivência de Idosos (CCI) e

CRAS participam de gincanas, bailes, atividades aeróbicas e palestras e dia de lazer no SESC Balneário. O objetivo do projeto é a socialização entre idosos, poder público e a sociedade, visando conscientizar a sociedade como um todo sobre o respeito a este segmento populacional (SMASDH – CUIABÁ, 2016).

A 10ª Semana do Idoso, ocorrida entre 25 de setembro e 31 de outubro de 2016, teve como tema a "Violência contra a Pessoa Idosa, fenômeno silencioso e negligenciado pela sociedade" e foi organizada pela SMASDH, COMDIPI e Instituto Atitude. Representantes governamentais (Ordem Pública, Secretaria Municipal da Educação e Secretaria Municipal de Saúde) e não governamentais (SESC, Pastoral da Pessoa Idosa - CNBB e Associação Brasileira da Melhor Idade – ABCMI) também participaram como comissão organizadora do evento.

Seguindo os mesmos propósitos do Dia Internacional do Idoso, instituído em 1991 pela ONU, a Semana do Idoso de Cuiabá tem como objetivos sensibilizar a sociedade sobre os direitos do idoso e a mudança de atitude em relação às pessoas idosas, prestar homenagens, refletir sobre suas necessidades e formular estratégias intersecretoriais para fortalecer as políticas públicas de atenção a essa população. De acordo com o COMDIPI (2016), participam do evento idosos, acadêmicos, profissionais das áreas médicas, jurídica, cultural, esportiva e assistencial, a população em geral, de modo a contribuir com o envelhecimento saudável.

Neste ano, duas ações importantes foram lançadas na Semana do Idoso: Lançamento da Cartilha Prática do Bom Motorista para a Pessoa Idosa e do Fundo Municipal de Apoio a Política do Idoso.

- **Cartilha do Idoso**

O COMDIPI e SMASDH lançaram a Cartilha do Idoso, em 2016, com o objetivo de apresentar à sociedade e, sobretudo, aos idosos, informações acerca dos direitos que eles possuem e auxiliar no efetivo cumprimento das normas em todas as esferas, Federal, Estadual e Municipal. Os direitos são basicamente relacionados à Saúde, ao Transporte Público, ao Trabalho, à Violência e Abandono. Na área de Saúde, por exemplo, tem acesso a remédios gratuitos para hipertensão, e diabetes. Destaca-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), regulamentado pela LOAS, que consiste no valor de um salário mínimo para idosos a partir de 65 anos e portadores de deficiência de qualquer idade. A cartilha traz a relação dos CCI, CRAS, CREAS, Policlínicas e UPAS (COMDIPI – CUIABÁ, 2016b).

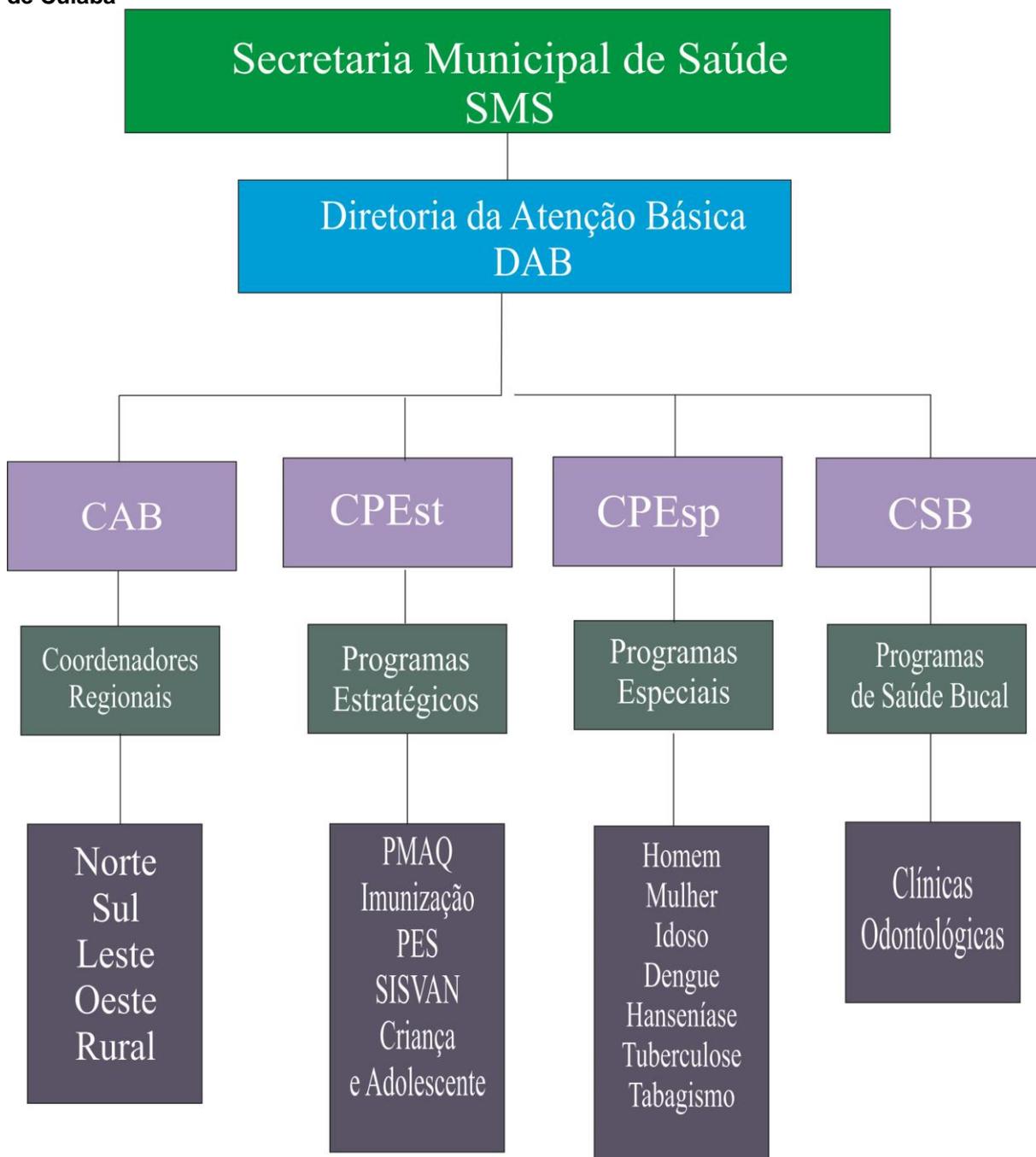
- **Carteira do Idoso**

Garante transporte interestadual gratuito e descontos de 50%, tendo validade em todo o país. Para solicitar, o idoso deve procurar a unidade do CRAS referência do bairro onde reside e fazer a inscrição no Cadastro Único. As informações são repassadas ao Ministério do Desenvolvimento Social, que tem 120 dias para emitir a carteira. Durante esse prazo, o CRAS emite uma declaração provisória que tem validade de 120 dias. A política tem como parceira, no sentido de fiscalização quanto ao cumprimento das empresas de transporte, o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa - COMDIPI, órgão de defesa do consumidor - PROCON e Agência Estadual de Regulação dos Serviços Públicos – AGER (SMASDH – CUIABÁ, 2016).

Em relação à saúde do idoso em Cuiabá é atendida por meio de programas de atenção básica nos Centros de Saúde (CS) e Unidade Saúde da Família (USF). O idoso tem prioridade no atendimento, tem o Cartão de Saúde para acompanhamento, além de atividades de grupos de convivência nas USF (SMS – CUIABÁ, 2016). Na Figura 25 mostra-se a Estrutura Funcional da Diretoria da Atenção Básica (DAB), destacando o fluxo do atendimento à saúde do idoso.

A estrutura é formada por 4 (quatro) coordenações, sendo que o Idoso é incluído na Coordenação de Programas Especiais (CPEsp.). Na Coordenação de Programas Estratégicos, incluem o Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Plano Estadual de Saúde (PES), numa perspectiva interfederativa na gestão das políticas. Nessa coordenação destaca-se ainda o Sistema de Informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e os programas de saúde dirigidos ao público infanto-juvenil.

Figura 25 – Estrutura Funcional da Diretoria da Atenção Básica: Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá



Fonte: SMS – CUIABÁ (2016)

Há um plano de ação em vigência para o período 2015-2020 com o objetivo de qualificar o atendimento à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica (SMS – CUIABÁ, 2016):

Etapa 01 – Apoio dos Gestores da Saúde e parceiros intersetoriais.

Etapa 02 - Gestores e Profissionais do SUS, capacitados em Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento;

Etapa 03 – Implementação da Nova Versão da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e Ficha Espelho.

Etapa 04 - Ações intersetoriais para potencializar o cuidado à pessoa idosa nas regiões Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural;

Etapa 05 - Saúde da Pessoa Idosa integrada nas redes de atenção à Saúde;

Etapa 06- Informações e indicadores sobre saúde da pessoa Idosa são estruturadas e monitoradas;

Etapa 07 – Material Formativo / Informativo.

Durante a execução do plano de ação, a DAB deve participar do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDIPI) e do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CMDIPD), formar parcerias com entidades de classe (OAB), entidades do terceiro setor (AMPI), instituições públicas (MP), secretarias municipais (SMASDH, PGM) e unidades públicas municipais de atendimento ao idoso (CCI), discutir o papel das ILPI e incluir o tema Política Nacional da Saúde do Homem e da Mulher, com destaque para o debate sobre a feminização do envelhecimento.

Não obstante, há desafios a serem superados durante esse processo (SMS – CUIABÁ, 2016):

- Incluir ou ampliar a Saúde da Pessoa Idosa na agenda das políticas públicas de assistência social, educação, previdência e trabalho, cultura, esporte e lazer. Nesse sentido, é fundamental a participação da SMS nos conselhos desses setores e destes no Conselho Municipal de Saúde;
- Definir o modelo de atenção à Saúde da Pessoa idosa integral e integrada com as demais redes e pontos de atenção do SUS;
- Mudar paradigma e rever o conceito de envelhecimento adotado pela Sociedade (mudança de cultura). Por meio de campanhas, publicações e eventos, como a Semana do Idoso, levar até a sociedade o conceito de envelhecimento saudável.
- Incluir no modelo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa os cuidados de longa duração contemplando as interfaces com as políticas do SUS (atenção domiciliar, cuidados continuados) e do SUAS (formação e apoio aos cuidadores, Centro Dia, ILPI). Entretanto, não há Centro Dia em Cuiabá e apenas uma ILPI conveniada a prefeitura, dificultando essas interfaces.

- Adotar estratégias para reforçar o papel social do idoso na sociedade e garantir seus direitos. Essa iniciativa depende da articulação de todos os atores (Conselhos, Secretarias Municipais e Estaduais, Ministérios, Entidades de Classe, Entidades do Terceiro Setor, Instituições Públicas) em uma coalizão de esforços para tornar evidente a importância do idoso e dos cuidados que o Estado deve dispensar ao mesmo.
- Capacitar profissionais do SUS para compreender as peculiaridades e necessidades da população idosa. Formação em geriatria e gerontologia é condição essencial para a qualidade dos serviços públicos. As Instituições de Ensino Superior (IES), em cursos de graduação e pós-graduação devem formar mais profissionais nessas áreas devido ao aumento da população idosa.

As ações são de longo prazo, porque envolvem vários setores e uma rede de atenção, dependem de estrutura física e administrativa, de recursos orçamentários e da realização de pesquisas sobre os resultados. O plano vai sendo construído ao longo do tempo, pois a execução pode modificar os objetivos e estratégias definidas no plano inicial. O mais importante é a construção sólida de um programa de saúde continuado e institucionalizado no âmbito municipal.

Nessa linha, no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP IDOSO) pode-se consultar os indicadores a nível federal, estadual e municipal. É uma ferramenta de gestão do SUS que permite conhecer a situação de saúde da pessoa idosa, ao mesmo tempo estabelece processos contínuos de monitoramento e avaliação dos recursos aplicados nas políticas públicas de saúde a essa população (SISAP IDOSO, 2017).

- **Programa de Saúde na Atenção Básica do Idoso**

O desenvolvimento envolve a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria setorial com a Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH), e suas unidades dos CRAS, CREAS e CCI. Outros parceiros incluem as IPLI, o SESC, AMPI (Associação Mato-grossense Pró-Idosos) e Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), por meio do departamento de Saúde Coletiva. Os principais responsáveis pela articulação são o Ministério da Saúde (MS), por meio da política nacional e diretrizes de saúde, e o COMDIPI.

- **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**

É um instrumento que tem como objetivo qualificar o atendimento ofertado às pessoas idosas no SUS, auxiliando no bom manejo da saúde dos idosos, sendo usada pelas equipes de saúde, idosos, familiares e cuidadores. A caderneta consiste no registro das informações, contendo (DAET/SAS/MS, 2014):

- 1 – Dados Pessoais do Idoso e das Pessoas de Referência.
- 2 – Avaliação da Pessoa Idosa: Medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso; Diagnóstico e internações prévios; Cirurgias realizadas; Reações adversas ou alergias a medicamentos; Dados antropométricos; Protocolo de identificação do idoso vulnerável; Informações complementares; Avaliação ambiental; Quedas; identificação de dor crônica; Hábitos de vida.
- 3 – Controle de Pressão Arterial.
- 4 – Controle de Glicemia
- 5 – Calendário de Vacinação
- 6 – Avaliação de Saúde Bucal

Em Cuiabá, há uma estratégia de implementação da caderneta para os anos de 2015 a 2018, na rede de Atenção Básica de Saúde (USF, CS), das 5 (cinco regionais). Para isso, a Diretoria de Atenção Básica (DAB) da SMS capacitou os profissionais de saúde, em 2015, tendo como parceiros e instituições convidadas o Ministério Público (MP), Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), Ministério da Saúde (MS), Diretoria da Atenção Secundária (DAS) da SMS, Secretaria Municipal de Assistência Social (SMASDH), Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDIPI), Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CMDPD).

A Tabela 65 apresenta os dados do planejamento para distribuição das cadernetas para o período 2015-2018, nas regionais de saúde.

Tabela 65 – Planejamento da Distribuição das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa nas Regionais de Saúde em Cuiabá

Regional	Quantidade de Caderneta	Percentual
Norte	5.917	17,9
Sul	12.842	38,8
Leste	6.924	20,9
Oeste	6.842	20,7
Rural	543	1,6
Total	33.068	100

Fonte: SMS – Cuiabá (2016)

Uma parte das cadernetas está sendo solicitada ao Ministério da Saúde e a outra será impressa com recursos próprios da prefeitura. A regional sul, de maior extensão territorial e número de unidades de saúde, fica com 39% do total.

- **Grupos de Convivência de Idosos**

Nas Unidades Saúde da Família (USF) e Centros de Saúde (CS) há grupos de idosos e grupos de hipertensos (adultos e idosos), com o objetivo de promover a prevenção de saúde por meio de atividades como trabalhos artesanais, palestras sobre saúde e alimentação saudável, atividades físicas, culturais e de lazer. Não foi possível levantar todos os grupos, porém existem no Residencial Coxipó, Jd. Fortaleza e Santa Laura. Outros foram descontinuados como do Novo Paraíso I, em 2015. Essa realidade demonstra a instabilidade da política no município.

- **Dia Municipal do Idoso**

Em 2016, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá, por meio das USFs, promoveu atividades para os idosos. O PSF Aguaçú levou idosos para um dia de lazer no Balneário do SESC, o PSF Guia para a Pousada Acorizal na Região Metropolitana do Vale do Rio Cuiabá, e o PSF Novo Paraíso ao Coxipó do Ouro, local histórico, tradicional e cercado por natureza (rios, cachoeiras, matas), no município. Ações como essas proporcionam ao idoso, interação social, ocupação do tempo, bem-estar físico e emocional, contribuindo assim para a promoção e prevenção da saúde.

- **Consultório na Rua**

Implantado em 2011 como projeto desenvolvido pela coordenação de Saúde Mental de Atenção Secundária no município de Cuiabá. Em 2013, as atividades foram interrompidas pelo Ministério da Saúde devido ao seu caráter preventivo, deveria estar ligado à atenção básica. Apenas em 2015 o projeto foi transformado em programa, com uma estrutura ampliada, executado por meio da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria com o Ministério da Saúde (MS).

Com sede no bairro Grande Terceiro, o objetivo é promover a redução de danos em moradores de ruas e usuários de substâncias tóxicas, em estado de vulnerabilidade social e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, necessitando de assistência médica, jurídica e social. Nesse sentido, é essencial a

articulação intersetorial com a Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH) e sua rede assistencial (CRAS, CREAS, ILPI), assim como uma equipe multiprofissional formada por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e técnico em saúde bucal (SMS – CUIABÁ, 2016).

Outras secretarias, como o SEMOB, SME, SMCET e SMHRF também são responsáveis pelo desenvolvimento de políticas públicas.

- **Cartilha Práticas do Bom Motorista para a Pessoa Idosa**

Desenvolvida pela SEMOB, em parceria com COMDIPI e uma empresa de transporte coletivo municipal, em 2016, tem como fundamento básico o constante conflito entre os idosos e motoristas. Nesse sentido, foi elaborada com o objetivo de mitigar as reclamações recebidas pelo COMDIPI de idosos insatisfeitos com o tratamento recebido. É definido como um programa de educação continuada, especialmente na sensibilização dos atores envolvidos: motoristas, usuários comuns e idosos. Dentre as 10 práticas estabelecidas, destacamos: Ao observar o idoso no ponto, reduzir a velocidade para que o idoso possa identificar o itinerário; Ser cuidadoso nos embarques e desembarques; Aguardar que o idoso se acomode com segurança antes de continuar a viagem (COMDIPI, 2016b).

- **Cartilha de Mobilidade para Melhor Idade**

Lançada em 2015 e distribuídas em todos os CCIs, a cartilha faz parte das ações de educação para o trânsito e das metas da gestão atual de mobilidade urbana para um trânsito gentil e seguro. Tem como objetivo informar aos idosos e a sociedade quanto ao requerimento e o uso correto do cartão de estacionamentos para idosos; conscientizar todos os condutores quanto ao respeito às vagas destinadas ao idoso; promover a educação no trânsito a fim de auxiliar a fiscalização; compreender o trânsito como um exercício importante de convivência social para estabelecer relações de respeito mútuo e cooperativo entre todos os cidadãos. Orienta também sobre o idoso na faixa de pedestre, uso de cinto de segurança, como solicitar o cartão de estacionamento, validade do cartão, além de normas de uso e locais permitidos. Destaca-se ainda os deveres do idoso, como a apresentação de documentos (SEMOB – CUIABÁ, 2016).

Em relação ao cartão para transporte coletivo, deve ser solicitado na Associação Mato-grossense dos Transportes Urbanos (AMTU), no setor de atendimento ao idoso. A gratuidade no transporte intermunicipal é para idosos a partir de 60 anos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos, ou para aqueles que não tem comprovação de renda, bem como para pessoa aposentada por invalidez, mesmo que tenha menos de 60 anos. São parceiros nas políticas de mobilidade para o idoso a Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Mato Grosso (AGER), Associação Mato-grossense de Defesa dos Aposentados, Pensionistas e Idosos (AMAPI), Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDIPI) E Superintendência de Defesa do Consumidor (PROCON).

- **Acessibilidade e Mobilidade do Idoso**

A SEMOB é responsável pela confecção e controle do cartão de estacionamento do idoso, a elaboração de projetos de rampas e faixas em ruas, estabelecimentos comerciais, repartições públicas e instituições de abrigamento, e fixação de placas de identificação do idoso, como políticas garantidas no Estatuto do Idoso. Na execução tem o apoio da Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano (SMADES), nas adequações das calçadas, da Secretaria de Ordem Pública (SORP) na organização dos espaços públicos e do Departamento Estadual de Trânsito de Mato Grosso (DETRAN-MT), em ações e palestras sobre educação para o trânsito.

- **Alfabetização Melhor Idade**

O programa, que faz parte do EJA, do Ministério da Educação (MEC), foi criado em 2003 e funciona nos CCI, com o objetivo de erradicar o analfabetismo dos idosos que participam das atividades nessas unidades. As pessoas idosas têm dificuldades de se deslocarem até outras escolas onde funciona o EJA, assim os CCI possibilitam atender essa necessidade de educação. Justifica-se também a criação de turmas apenas com idosos pelas suas especificidades de aprendizado, memória, vivência, socialização e tempo de absorção do conhecimento.

A modalidade EJA está baseada na lei (Resolução n. 003/2010 do Conselho Nacional de Educação – CNE e Câmara da Educação Básica – CEB; Resolução

n.22/2009 CNE/CEB), que garante a educação para pessoas a partir de 15 anos em todo o Brasil.

Em Cuiabá, funciona de forma intersetorial entre a SMS e SMASDH, com o apoio da Secretaria Municipal de Comunicação (SECOM), que divulga informativos sobre o programa. Também tem a parceria de ONG, empresas privadas nas atividades externas e da UFMT, em que o departamento de Serviço Social encaminha estagiários para desenvolver projetos de interação entre crianças, jovens e idosos. A articulação interfederativa com o Governo Federal se dá por meio dos recursos disponíveis, aplicados em projetos e na infraestrutura física e de material das escolas e dos CCI.

São duas escolas municipais que gerenciam o projeto de formação inicial até o 5º ano: Guilhermina de Figueiredo, no bairro Carumbé, e Menino Jesus Criança, no bairro Nova Esperança. São 600 horas anuais no plano de curso, executado por professores efetivos municipais, que elaboram relatórios descritivos sobre o desempenho dos idosos. Estes não permanecem quatro horas em sala de aula, outras atividades são inseridas no processo de ensino aprendizagem, como os relatos de suas experiências.

A escola Menino Jesus Criança, fundada em 21 de agosto de 1987, tem dois professores que atendem no CCI “João Guerreiro”, do bairro Altos do Coxipó. Além dos professores, a equipe funcional é composta por diretoria, coordenadoria e duas secretarias, sendo estas responsáveis em identificar idosos que ingressam no CCI para realizar a matrícula no curso. São duas fases que correspondem aos anos iniciais: primeira, do 1º ao 3º ano, e segunda, do 4º ao 6º ano. No momento, atende 34 idosos nas suas fases, os quais recebem certificados por cada uma delas.

A escola Guilhermina de Figueiredo, fundada na primeira metade da década de 1980, tem dois professores (pedagogo e educador físico) para cada CCI: Padre Firmo (Dom Aquino), Aideê Pereira (Novo Horizonte) e Maria Ignês (CPA III). Nesses são 45 idosos matriculados divididos em duas turmas: uma do 1º e 2º anos, e outra do 3º ao 4º ano. Além desses, funciona em salas do Centro Comunitário “Delmira de Figueiredo”, uma turma de 50 idosos, no período da tarde e noite, com apenas aulas de Educação Física. E outras que atendem as faixas do 5º ao 7º ano, e do 8º ao 9º ano. Para isso, tem uma equipe funcional e administrativa formada por diretores, coordenador pedagógico, professores e serviços gerais.

Para as gestoras do programa, a sua relevância consiste em propiciar ao idoso conhecimento para o seu dia a dia, nas atividades como locomoção, medicação, relacionamento social e familiar, bem como naquelas realizadas nos CCI, artesanato, educação física, natação, hidroginástica, passeios, eventos culturais e cursos de artesanato e informática. Não é algo impositivo, é uma dinâmica diferente com respeito ao tempo de cada idoso, com maior liberdade e flexibilidade. Com a experiência adquirida, os professores já têm uma formação para atuar nesse segmento populacional, como forma de agir e o conteúdo estudado.

Houve um avanço no EJA, na montagem de equipes para executar o programa no âmbito municipal. Para isso, a gestão tem buscado a melhoria contínua, uma das ações adotadas no município é o Roda de Conversa do EJA, um curso de formação realizado uma vez por bimestre nas escolas gestoras, para a troca de ideias e experiências. Ademais, há reuniões semanais sobre o plano de ensino e o que vem sendo executado. Destacam-se as dificuldades encontradas e as possíveis soluções.

- **Projeto AMOR**

O projeto AMOR, anagrama das iniciais das palavras Atenção, Movimento, Organização e Respeito, é desenvolvido por seis professores de educação física vinculados à Secretaria Municipal de Cultura, Esporte e Turismo (SMCET) desde 2012, com o formato atual. Entretanto, ocorrem em 1988 as primeiras iniciativas nesse sentido, descontinuadas por instabilidades políticas. Todo início de ano, os implementadores (professores) elaboram projetos para angariar recursos das secretarias, mas conseguem apenas para os eventos. A execução diária fica sob a responsabilidade dos mesmos, inclusive pelos recursos materiais e contratação de profissionais para atividades de música e coral, por exemplo.

Criado para buscar novos recursos e maior integração dos grupos de convivência na SMCET, o projeto consiste em desenvolver atividades físicas para idosos com o objetivo de melhorar a qualidade de vidas dessas pessoas, além dos aspectos biopsicossociais, como vôlei adaptado, dança sênior (danças circulares e sentadas), alongamento, expressão corporal, música e coral. Atende 250 idosos nos períodos da manhã e tarde, em espaços públicos, ginásios, associações e centros comunitários.

Funciona por meio de nove núcleos/grupos de idosos em 11 bairros da cidade: Quilombo, Araés, Paiaguás, Dom Aquino, Centro Político Administrativo (CPA), Cidade Verde, Tijucal, Praeirinho, Poção, Grande Terceiro e Jardim Europa (localidade de São Mateus). Dependendo da localidade, há grupos com 15, 30 e até 50 idosos, com mais de 95% de mulheres.

Nos últimos anos, segundo os implementadores, houve uma perda das políticas públicas da SM CET. O único mantido atualmente, o projeto AMOR, é devido à iniciativa dos professores de educação física, sem articulação com nenhuma outra secretaria municipal e nem apoio do governo estadual. Secretarias como SMASDH e SMS têm seus grupos, não se integram e realizam seus eventos isoladamente, sem parcerias. Essas secretarias já contribuíram com o projeto, mas pela falta de estrutura nos centros comunitários, principalmente o localizado no bairro Cidade Verde, não vem mais ocorrendo.

Além disso, houve uma junção das pastas de Cultura, Esporte e Turismo na gestão municipal 2013-2016, tendo o secretário de Turismo e subsecretários de Esporte e Turismo, refletindo no desenvolvimento de programas e projetos em cada uma delas. Antes havia mais encontros entre os 9 grupos, e também entre os implementadores/técnicos na elaboração de planejamento e cronograma de atividades. Outra questão é a aposentadoria de uma das técnicas e não há nenhuma ação prevista para contratar sua substituta e projeto para formação de profissionais que atendam idosos, comprometendo a continuidade do projeto. Consequentemente, mais idosos passarão a ficar desassistidos.

Desse modo, há necessidade de contratar mais profissionais para manter e expandir o projeto, principalmente com conhecimento em gerontologia, e a SM CET disponibilizar mais materiais e estrutura para as atividades. A ausência do poder público é suprida por parceria com ONGs, que proporcionam consulta médica e remédios e esporadicamente com empresas privadas, na oferta de materiais para os grupos e disponibilidade de ambulâncias para os eventos realizados. Os implementadores também realizam campanha para aquisição de materiais.

Essa experiência demonstra que os técnicos que executam as políticas, os denominados burocratas de nível de rua (LOTTA 2012), são relevantes atores na execução de políticas, pois interagem com a comunidade e outros atores, identificam e conhecem as necessidades dos idosos, e principalmente por tornar concretas as políticas e programas.

- **Habitação Social**

O programa Minha Casa, Minha Vida, do Governo Federal (Ministério das Cidades) é executado pela Secretaria Municipal de Habitação e Regularização Fundiária (SMHRF), atendendo o idoso por meio de unidades adaptadas, de acordo com o percentual de unidades disponíveis a esse público. Há participação em sua implementação das secretarias de Educação (SME) e Saúde (SME), pois os projetos de loteamento devem deixar espaços para equipamentos públicos, como escolas e postos de saúde. Também tem a parceria da SEMOB na sinalização das ruas e calçadas, acessibilidade e definição de linhas de ônibus e da SMASDH na seleção dos beneficiários do programa. Acrescenta ainda a Defesa Civil e Ministério Público, que encaminham casos de urgências, de pessoas em condições de riscos e vulnerabilidade social.

Para a efetividade e continuidade das políticas são necessários recursos para estruturação física dos espaços, dos materiais e equipamentos, formação de equipe e oferta dos programas e serviços. Nesse aspecto, um avanço importante ocorreu no município recentemente, com a criação do Fundo Municipal de Apoio à Política do Idoso.

- **Fundo Municipal de Apoio à Política do Idoso**

Em outubro de 2016, o COMDIPI cria o Fundo Municipal de Apoio a Política do Idoso (FUMAPI) de Cuiabá, com o objetivo de promover a participação da sociedade nas políticas e atividades para melhorar a qualidade de vida dos idosos por meio de doações dedutíveis do Imposto de Renda. Instituições como o Conselho Regional de Contabilidade (CRC) e Receita Federal são parceiros nessa iniciativa, além de empresas privadas. Os recursos são essenciais ao funcionamento dos CRAS, CREAS e CCI do município (COMDIPI – CUIABÁ, 2016). Ressalta-se que existe uma lei municipal de 3 de julho de 1998 (n. 3.755) que cria o FUMAPI, se efetivando depois de quase duas décadas.

Para o presidente do conselho, com recursos do fundo pode-se criar ILPI, casa de passagem e centro-dia, onde o idoso passa o dia, sem perder o vínculo familiar. Com as mudanças no perfil familiar, sem espaço para idosos, criou-se uma cultura de que o idoso é um problema, a não ser nos casos em que este prover a família. Então é preciso o apoio da imprensa para quebrar esse paradigma e tornar cultural o apoio ao FUMAPI, a sociedade deve denunciar quem desrespeita o idoso

e as instituições públicas e privadas devem contribuir para o desenvolvimento de políticas mais efetivas.

O centro-dia está em discussão para ser implantado na região Oeste Cuiabá, conforme levantamento com gestores, implementadores e membros do COMDIPI e CMAS. O projeto consiste em atender uma necessidade da sociedade, em que as pessoas trabalham e o idoso passaria o dia na unidade, como medida de proteção.

Na Tabela 66 descreve-se um comparativo das políticas de atendimento ao idoso nos municípios de João Pessoa e Cuiabá.

Tabela 66 – Comparativo das Políticas, Programas, Projetos e Ações de Atendimento ao Idoso: João Pessoa e Cuiabá

Variável	João Pessoa	Cuiabá
Quantidade	22	18
Quantidade em Comum	8	8
Áreas Responsáveis	6: Social, Saúde, Educação e Cultura, Trabalho e Renda, Turismo, Habitação	6: Social, Saúde, Educação, Mobilidade, Esporte, Habitação
Quantidade da Área Social	12	7
Quantidade da Área de Saúde	6	5
Destaques	Projeto João Pessoa Vida Saudável; Atenção Integral à Saúde do Idoso	Centro de Convivência do Idoso; Alfabetização Melhor Idade
Nº de Grupos de Convivência: SCFV	22	21
Idosos Cadastrados/Média por grupo*	781 idosos, média = 43	991 idosos, média = 47
Idosos Atendidos/Média por grupo*	439 idosos, média = 20	556 idosos, média = 27
Perfil dos Idosos	57 a 92 anos, > 85% Mulheres	55 a 104 anos, > 85% Mulheres
Nº de CRAS sem grupos/SCFV	1	2
Nº Centros/Clubes de Convivência	2	4
Grupos de Convivência nas USF	SIM	SIM
Atendimento exclusivo na Média e Alta Complexidades na Saúde	SIM	NÃO
Atendimento na Média Complexidade na Assistência Social (AS)	CREAS, Centro-Pop, Abordagem Social-Ruarter	CREAS
Atendimento Alta Complexidade AS	Não	Em parte, com albergues
Nº de IPLI conveniadas à prefeitura	5	1
Intersetorialidade	Sim	Sim
Interfederatividade: Governo Federal	Sim	Sim
Interfederatividade: Governo Estadual	Sim, mas incipiente	Não
Atores Participantes em Comum	Conselhos do Idoso (Municipal e Estadual), CMAS, CRAS, CREAS, Sociedade Civil, MP, USF, ILPI, Defesa Civil, USF, NASF, ESF, Empresas, ONG, SESC, IES	
Média de Funcionários por CRAS	11	13
Equipe PAEF	Completa em 10 CRAS. Falta psicólogo em apenas 1	Completa em 1 CRAS. Falta psicólogo em 11 e orientador social em 2

*Referente a 2016. Fonte: pesquisa do autor (2016)

Esse conjunto de políticas, programas, projetos e ações executado nos municípios (22 em João Pessoa e 18 em Cuiabá), sobretudo nas áreas social e de saúde, é importante para que se eleve não apenas a expectativa de vida, mas a

expectativa de vida saudável, devendo se firmar e se institucionalizar a fim de que o idoso não venha sofrer de doenças passíveis de prevenção (ILC Brasil, 2015a).

No desenvolvimento das políticas públicas, os municípios têm seis secretarias à frente, sendo quatro comuns (saúde, social, educação e habitação). Destaca-se em Cuiabá a atuação da SEMOB e Esporte, e em João Pessoa as pastas de Turismo e Trabalho e Renda. Nesse sentido, deve haver esforço conjunto dessas e outras áreas, pois são variadas as necessidades do idoso (VAITSMAN, ANDRADE e FARIAS, 2009; ZUNZUNEGUI e BÉLAND, 2010; ALVES e VIANA, 2010; GOULART *et al.*, 2010; ROCHA *et al.* 2013; OLIVEIRA, 2013; BLANCO *et al.*, 2014).

Os achados demonstram que a gestão pública nesses territórios tem procurado de forma gradual modificar a realidade dos idosos, por meio das estratégias descritas e dos recursos humanos, materiais, financeiros e administrativos (SARAVIA, 2006). Para Denhardt (2012), a administração pública consiste na gestão de processos de mudanças nos resultados no campo social, e as iniciativas para o idoso mostram o interesse dos municípios em oferecer melhores condições de vida a essa população. Mas não é uma decisão unicamente governamental, os resultados dependem da participação de uma variedade de instituições e executores (DELGADO, TRIANA e SAYAGO, 2013; TREVISAN e BECKER, 2008; ANDRADE, 2006).

Assim, o arranjo de atores participantes é outro fator importante, por sua natureza diversificada (conselhos, empresas privadas, instituições públicas, entidades não governamentais) e de relevância para a concretude das ações nos municípios. Para Gomide e Pires (2014) e Carlei, Marra e Pozzi (2012), na execução estão presentes múltiplos atores, que foi possível identificar no estudo empírico.

Há esforços de integração das políticas, num processo constituído por objetivos complementares, sinérgicos, consistentes e envolvendo diferentes atores e agentes, na acepção de Wu *et al.* (2014), porém há um longo caminho para atuação efetiva e estrutural nos municípios. Enquanto persistirem nas arenas públicas agendas prévias e setorializadas (MAGALHÃES e BODSTEIN, 2009), mais difícil será integrar as políticas públicas.

Essa visão sistêmica é um dos desafios nos dois municípios, pois com base em Nascimento (2010) constatou-se múltiplas características socioeconômicas e demográficas, já analisadas em outras seções anteriores. O resultado é uma

demanda por diversos serviços e os gestores necessitarão otimizar recursos e estruturas no atendimento ao idoso e outros segmentos sociais.

Com o processo rápido de envelhecimento, a gestão pública municipal deve oferecer as condições necessárias e adequadas para o melhor viver na fase da velhice (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987). Há estruturas públicas municipais capazes de ofertar as políticas dirigidas aos idosos, mas ainda é muito irrisória àquelas exclusivas aos idosos, adaptadas às suas necessidades, principalmente na área de saúde e assistência social (no que se refere à alta complexidade).

Em João Pessoa, na assistência social há uma estruturação melhor das políticas que compreendem a média complexidade, com um trabalho integrado entre CREAS, Centro-Pop e Abordagem-Ruarteres, enquanto em Cuiabá tem apenas os CREAS. Na alta complexidade, o idoso que necessita ser institucionalizado pode ser encaminhado aos albergues, em Cuiabá, o que não ocorre em João Pessoa. De todo modo, nesse nível os dois municípios não têm estruturas próprias para manter os idosos por longa permanência. Na Saúde, a média e alta complexidades têm unidades próprias para idosos apenas em João Pessoa.

Outro fator importante é o planejamento de curto, médio e longo prazos, das políticas de bem estar social e de cuidados com a saúde do idoso (RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987). Um planejamento de longo prazo, por exemplo, poderá indicar as políticas adotadas pelo governo com base nas mudanças demográficas (YENILMEZ, 2014). Em Cuiabá identificou-se um planejamento sobre a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa entre os anos de 2015 e 2018, e um planejamento em construção para o ano de 2017.

Esse instrumento gerencial deve ser elaborado de forma transversal, envolvendo as secretárias municipais, além de articular com outros entes da federação (Estado e Governo Federal), conselhos do idoso, e outras instituições públicas e da sociedade civil, de forma a definir um plano de ação efetivo para oferecer um envelhecimento saudável e, nos casos mais graves, as condições adequadas para amenizar o sofrimento do idoso. Entretanto, são grandes desafios ainda não superados nos municípios em estudo.

Apesar de identificar a intersetorialidade, a maioria dos entrevistados em João Pessoa e Cuiabá afirma que ainda é incipiente, ocorrendo fragmentação setorial no desenvolvimento das políticas públicas. O primeiro passo é a gestão do conselho do

idoso conseguir reunir todas as secretarias e demais membros nas reuniões, para se discutir as políticas já existentes e novas demandas.

Ficou evidente que as principais razões para essa ocorrência são:

- A gestão pública ainda não tem consciência da importância do trabalho intersetorial no campo das políticas públicas;
- Interrupções na integração das secretarias em mudanças de gestores públicos (prefeitos municipais);
- A articulação ocorre mais entre os técnicos das secretarias e entre os coordenadores dos programas, com os gestores há muita dificuldade;
- As secretarias se posicionam, na maioria dos casos, como unidades autônomas e únicas, sem transversalidade e trabalho conjunto com outras secretarias;
- A intersetorialidade existe, na maioria dos casos, a partir do convite feito por determinada secretaria para que outras participem da execução de um programa, projeto ou ação. Embora, em tese, deva ocorrer na discussão da agenda e elaboração das políticas, pois compõem o conselho do idoso;

Em João Pessoa, com a transformação do PAPI em PAPPI (Programa de Atenção à Política da Pessoa Idosa) em 2014, criou-se uma das instâncias administrativas responsáveis por articular as secretarias no desenvolvimento das políticas públicas no município. Uma das ações articuladas é a capacitação de funcionários da SEMOB para o atendimento ao idoso. Na atual estrutura está vinculado à Diretoria da Atenção Básica (DAB) da SEDES. Mas, para os coordenadores da atenção básica e especial não precisa estar vinculada necessariamente à SEDES, já que é um órgão articulador e fiscalizador das políticas. Em Cuiabá, esta fica a cargo apenas do COMDIPI, ocorrendo maior setorialização.

A articulação interfederativa também ainda é muito frágil, principalmente entre o município e o Estado. Segundo os entrevistados na pesquisa, quando há é entre os conselhos do idoso, mas que não se concretizam entre os órgãos municipais e estaduais. Ocorre também entre pessoas, mas não institucionalmente, e durante as Conferências do Idoso, o Estado participa da promoção e organização.

A fragilidade na relação pode ser exemplificada no caso do CRAS Gramame, em João Pessoa, em que os idosos e outros públicos atendidos utilizavam os espaços do Centro de lazer Padre Juarez Benício (Cejub), do governo da Paraíba, localizado no Colinas do Sul. Por questões políticas foi interrompida a parceria. Em Cuiabá, nenhum entrevistado apontou o mínimo de interfederatividade ente o município e o Estado de Mato Grosso na questão do idoso.

Com o Governo Federal ocorre com maior frequência, sobretudo nas políticas de saúde e assistência social, fortalecidas com a criação do Conselho Nacional do Idoso e nas Conferências do Idoso. Unidades do CRAS, CREAS e USF foram formatadas pelo Governo Federal, suas políticas elaboradas no âmbito federal, mas executadas nos municípios. Por outro lado, outras políticas, programas, projetos e ações, como Serviço de Referência da Cidadania, do município de João Pessoa, e Cartilha do Bom Motorista, de Cuiabá, não têm nenhuma articulação com os demais entes da federação.

Observou-se que o principal programa para idosos nos dois municípios, na atenção básica, seja na saúde ou na assistência social, é o grupo de convivência. No SCFV, apresentam resultados semelhantes em números de grupos (22 em João Pessoa e 21 em Cuiabá), com idosos a partir de 55 anos e alguns com idade superior a 90 anos, predominantemente mulheres. Dois fatores explicam esse fato, além da maior longevidade desse grupo com 7,6 anos a mais no Brasil (BELON, LIMA e BARROS, 2014), os idosos homens são mais resistentes em participar dos grupos, de acordo com os gestores e técnicos. São atividades realizadas nos grupos são importantes na prevenção da saúde e manutenção da autonomia do indivíduo.

A presença de idosos acima de 90 anos nos grupos reforça os resultados da ILC Brasil (2015b), que pessoas nessa faixa de idade tinham uma expectativa de vida de mais 5 anos em 2010. Nas colocações de Laslett (1991) e Netuvelli *et al.* (2006), idosos a partir dos 80 anos são inseridos na categoria quarta idade, dando início à fase de maior dependência. Pode-se observar a participação de muitos idosos nos grupos de convivência nessa classificação etária. É importante que se amplie a expectativa de vida saudável (ILC Brasil, 2015a), maximizando a qualidade de vida e adiando o início da dependência física e vulnerabilidade (NETUVELLI *et al.*, 2006, LASLETT, 1991).

Constatou-se durante a pesquisa a existência de unidades dos CRAS sem grupos nos municípios, embora sejam parcelas pequenas, não deveria interromper

as atividades porque há muitos idosos a serem integrados à política. Outro problema identificado é a ausência de psicólogos na equipe PAEF em 11 CRAS de Cuiabá (78,6% do total), podendo refletir na qualidade do atendimento aos idosos.

Para os técnicos implementadores, que estão em contato direto com os idosos, permite melhorar sua qualidade de vida, capacitá-lo para buscar outras políticas públicas a partir do momento que se conscientiza de seus direitos. Ademais, o indivíduo se sente valorizado e cidadão ativo na sociedade. Para isso, monitoram a participação, ausência e motivos da ausência, realizam visitas familiares e buscas ativas para ampliação dos grupos. Por outro lado, deveria capacitar mais técnicos para trabalhar com os idosos e mais especialistas em gerontologia. Enfatizam ainda que precisa ser implementada com mais ênfase a distribuição de remédios aos idosos, passeios e viagens.

Por fim, ao se intensificar as políticas em um conjunto de áreas (moradia, transporte, acesso à saúde e serviços sociais, participação cívica), é possível que não apenas João Pessoa e Cuiabá, mas outros municípios brasileiros, possam se enquadrar no Programa Cidade Amiga do Idoso (KALACHE, 2008; PLOUFFE e VOELCKER, 2013).

4.4.3 Gestão de Território nas Políticas Públicas

A área urbana dos municípios de João Pessoa e Cuiabá é dividida administrativa e territorialmente em regiões Norte, Sul, Leste e Oeste. Uma região administrativa não se constitui pessoa jurídica, nem possui autonomia política ou financeira (CUIABÁ, 2013). Sua criação proporciona maior integração da comunidade com o poder público, além de facilitar a execução de obras e serviços nos bairros.

Em Cuiabá as regiões foram criadas pela Lei n. 3.262, de 11 de janeiro de 1994 e alterada pela Lei n. 3.723, de 23 de dezembro de 1997 (CUIABÁ, 2013). Cada regional tem uma subprefeitura, bem como nos distritos localizados na área rural: Regional Norte (Bairro CPA II/Morada da Serra), Regional Sul (Bairro Vista Alegre), Regional Leste (Bairro Bandeirantes), Regional Oeste (Bairro Santa Helena), e nos distritos da Guia e Aguaçu. Em João Pessoa, são duas subprefeituras localizadas no bairro de Mangabeira (Região Sul), criada em 12 de novembro de 2012 e Tambaú (Região Leste), criada em 14 de janeiro de 2008. Subprefeitura é uma política de descentralização dos serviços públicos, com

competência institucional para atender as demandas da população, aproximando-a do poder público municipal (JOÃO PESSOA, 2016).

Na compreensão do conceito de território, há a ocupação do espaço heterogêneo, marcado pela diversidade de atores (FINATTO e LENZ, 2012; LLORENS, 2001), ocorrendo relações entre a natureza, a sociedade e o homem (DALLABRIDA e BECKER, 2008). Aspectos como heterogeneidade estão materializados na diversidade populacional nos territórios delimitados em João Pessoa e Cuiabá. Por exemplo, a Região Oeste de Cuiabá e a Leste de João Pessoa concentram os bairros com maiores rendas, como Santa Rosa, Popular e Goiabeiras (Cuiabá) e Manaíra, Tambaú e Cabo Branco (João Pessoa), mas também os de menor renda, como Novo Colorado (Cuiabá) e São José (João Pessoa).

Nesse sentido, características socioeconômicas, como renda e tamanho populacional, impactam na gestão das políticas públicas, no sentido de oferta de programas e serviços nesses territórios. Por exemplo, os bairros de Mangabeira, em João Pessoa, e Morada da Serra, em Cuiabá, apresentam a maior população geral e de idosos, refletindo na construção de unidades públicas de saúde e assistência social nessas localidades. O mesmo ocorre com bairros de renda baixa, como Nova Esperança, de Cuiabá, e Alto do Mateus, de João Pessoa.

Em Cuiabá, todas as regiões apresentam áreas de expansão urbana, possibilitando a formação de loteamentos, conjuntos habitacionais, condomínios, assentamentos e desmembramentos, utilizando da extensa área rural do município (Figura 26). As regiões Norte, Sul, Leste e Oeste têm 10, 35, 49 e 25 bairros e 72, 104, 115 e 106 localidades, respectivamente. As regiões Norte, Sul, Leste e Oeste de João Pessoa têm 14, 28, 17 e 11 bairros, respectivamente (Tabela 67).

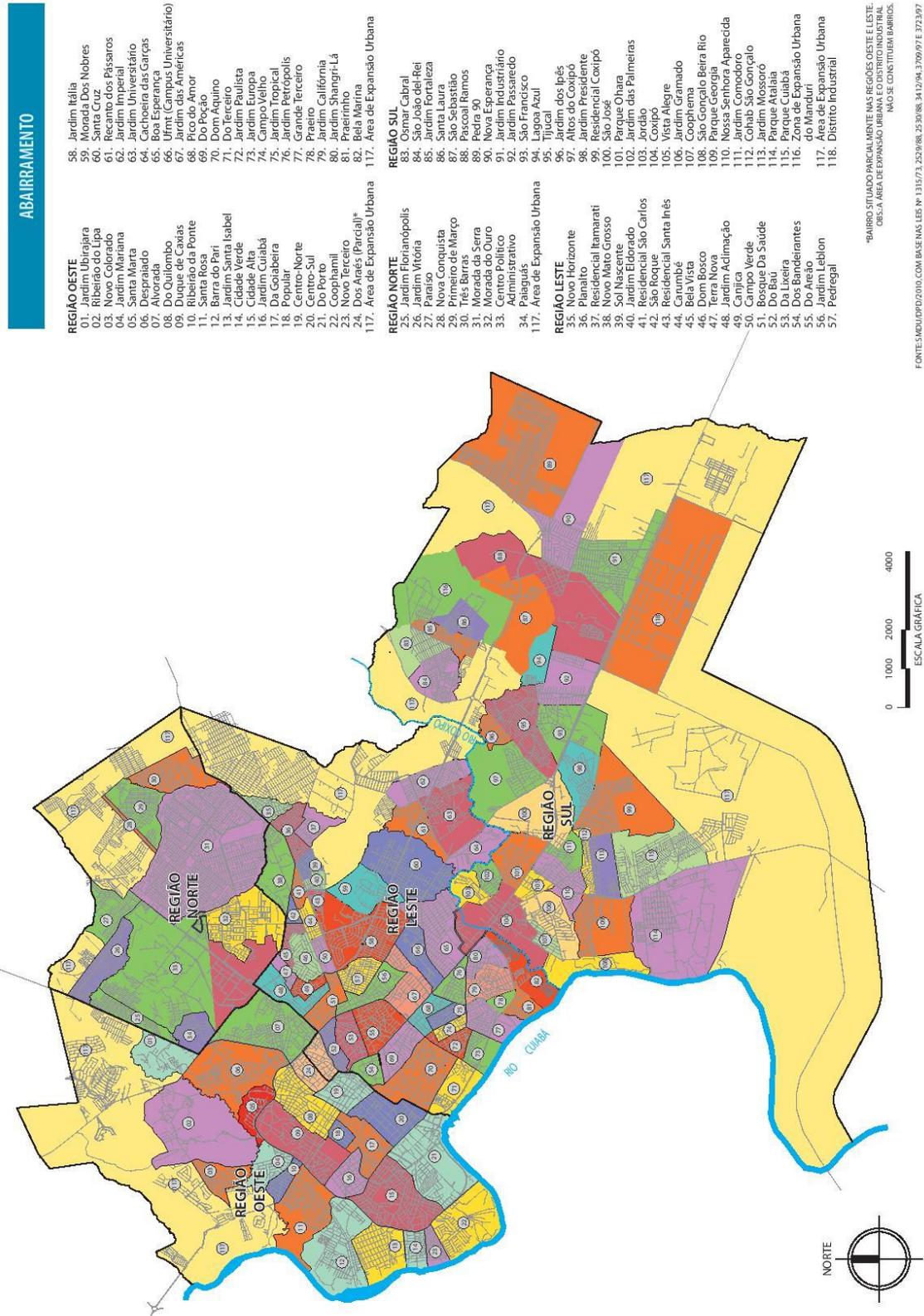
Os bairros, além das características socioeconômicas, também expressam particularidades históricas, sociais, culturais e urbanísticas (CUIABÁ, 2013) e devem ser respeitadas pela gestão pública. Por exemplo, o bairro do Varadouro e a comunidade do Porto do Capim de João Pessoa marcam a origem da cidade e guardam a sua história, cultura e arquitetura. Da mesma forma, o bairro São Gonçalo Beira Rio em Cuiabá, um dos primeiros povoados fundado no Século XVIII, conserva as tradições religiosas e culturais, como as danças folclóricas Cururu e Siriri, e a produção artesanal, dentre elas a viola de cocho, símbolo da cultura mato-grossense.

Tabela 67 – Regiões Administrativas (e Bairros) de João Pessoa e Cuiabá

Região Administrativa	BAIRROS	
	João Pessoa	Cuiabá
Norte	Alto do Céu, Bairro dos Estados, Bairro dos Ipês, Centro, Expedicionários, Mandacaru, Pedro Gondim, Padre Zé, Roger, Tambiá, Torre, Treze de Maio, Trincheiras, Varadouro.	Centro Político Administrativo (CPA), Jardim Florianópolis, Jd. Vitória, Morada da Serra, Morada do Ouro, Nova Conquista, Paiaguás, Paraíso, Primeiro de Março, Três Barras.
Sul	Água Fria, Anatólia, Bairro das Indústrias, Bancários, Cidade dos Colibris, Cidade Verde, Colinas do Sul, Costa do Sol, Costa e Silva, Esplanada, Cuiá, Distrito Industrial, Ernani Sátiro, Ernesto Geisel, Funcionários, Gramame, Grotão, Jardim Cidade Universitária, Jardim São Paulo, João Paulo II, José Américo, Mangabeira, Muçumagro, Mumbaba, Mussuré, Paratibe, Planalto da Boa Esperança, Valentina de Figueiredo.	Altos do Coxipó, Cohab São Gonçalo, CoopHEMA, Coxipó, Distrito Industrial, Jd. Comodoro, Jd. das Palmeiras, Jd. dos Ipês, Jd. Fortaleza, Jd. Gramado, Jd. Industriário, Jd. Mossoró, Jd. Passaredo, Jd. Presidente, Jordão, Lagoa Azul, Nossa Sra. Aparecida, Nova Esperança, Osmar Cabral, Parque Atalaia, Parque Cuiabá, Parque Geórgia, Parque Ohara, Pascoal Ramos, Pedra 90, Residencial Coxipó, Santa Laura, São Francisco, São Gonçalo Beira Rio, São João Del Rey, São José, São Sebastião, Tijucal, Vista Alegre, Zeu do Manduri.
Leste	Aeroclube, Altiplano Cabo Branco, Bessa, Brisamar, Cabo Branco, Castelo Branco, João Agripino, Jardim Luna, Jardim Oceania, Manaíra, Miramar, Penha, Ponta do Seixas, Portal do Sol, São José, Tambaú, Tambauzinho.	Araés, Areão, Bandeirantes, Baú, Bela Marina, Bela Vista, Boa Esperança, Bosque da Saúde, Cachoeira das Garças, Canjica, Campo Velho, Campo Verde, Carumbé, Dom Aquino, Dom Bosco, Grande Terceiro, Jd. Aclimação, Jd. Califórnia, Jd. das Américas, Jd. Eldorado, Jd. Europa, Jd. Imperial, Jd. Itália, Jd. Leblon, Jd. Paulista, Jd. Petrópolis, Jd. Shangri-la, Jd. Tropical, Jd. Universitário, Lixeira, Morada dos Nobres, Novo Horizonte, Novo Mato Grosso, Pedregal, Pico do Amor, Planalto, Poção, Praeirinho, Praeiro, Recanto dos Pássaros, Res. Itamarati, Residencial Santa Inês, Res. São Carlos, Santa Cruz, São Roque, Sol Nascente, Terra Nova, Terceiro, UFMT
Oeste	Alto do Mateus, Bairro dos Novais, Cristo Redentor, Cruz das Armas, Ilha do Bispo, Jaguaribe, Jardim Planalto, Jardim Veneza, Oitizeiro, Rangel, Varjão.	Alvorada, Araés, Barra do Pari, Centro-Norte, Centro-Sul, Cidade Alta, Cidade Verde, Coophamil, Despraiado, Duque de Caxias, Goiabeiras, Jd. Araçá, Jd. Cuiabá, Jd. Mariana, Jd. Ubirajara, Novo Colorado, Novo Terceiro, Popular, Porto, Quilombo, Ribeirão da Ponte, Ribeirão do Lipa, Santa Isabel, Santa Marta, Santa Rosa.

Fontes: <https://sidra.ibge.gov.br/territorio>; <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/>
<http://www.cuiaba.mt.gov.br/principal>. Acesso em: 28 dez. 2016.

Figura 26 – Regiões Administrativas e Abairramento de Cuiabá



Fonte: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/principal>. Acesso em: 28 dez. 2016.

A partir da distribuição geográfica dos bairros, será analisada nas duas subseções a seguir a gestão territorial das políticas de assistência social, no que se refere aos CRAS, CREAS e CRCs em João Pessoa, e CRAS, CREAS e CCI em Cuiabá. Em relação à saúde, analisa-se a distribuição territorial, bem como as estruturas de saúde que atendem exclusivamente ou não os idosos.

4.4.3.1 Políticas Públicas de Assistência Social

Em João Pessoa são 11 unidades do CRAS, que fazem o acompanhamento sócio assistencial das famílias integradas à rede de proteção social. Localizados em todas as regiões, tem uma área de abrangência na oferta dos serviços (Tabela 68).

Tabela 68 – Distribuição Territorial dos CRAS em João Pessoa

BAIRRO	REGIÃO	ÁREA DE ABRANGÊNCIA
Alto do Mateus	Oeste	6 bairros - Alto do Mateus, Bairro dos Novais, Jd. Veneza, Bairro das Indústrias, Cidade Verde, Mumbaba e Mussuré.
Cristo Redentor	Oeste	3 bairros - Cristo, Rangel, Varjão e Comunidades do José Américo.
Cruz das Armas	Oeste	3 bairros - Cruz das Armas, Jaguaribe, Oitizeiro
Gramame	Sul	2 bairros - Gramame, Colinas do Sul e mais 7 comunidades
Grotão	Sul	10 bairros - Grotão, Funcionários, Costa e Silva, Ernani Sátiro, Ernesto Geisel, Esplanada, Jd. Planalto, João Paulo II, José Américo e Cuiá.
Ilha do Bispo	Oeste	4 bairros - Ilha do Bispo, Centro, Trincheiras, Varadouro e as comunidades Distrito Mecânico (Trincheiras), Santa Emília (Ilha do Bispo) e Porto do Capim (Varadouro).
Mandacaru	Norte	2 bairros - Mandacaru, Alto do Céu e mais 7 comunidades
Mangabeira	Sul	10 bairros - Mangabeira (I a VIII), Bancários, Penha, Castelo Branco, Portal do Sol, Ponta do Seixas, Costa do Sol, Água Fria, Jd. Cidade Universitária, Altiplano Cabo Branco.
São José	Leste	11 bairros - São José, Aeroclube, Bessa, Brisamar, Jd. Oceania, João Agripino, Manaíra, Miramar, Tambaú, Cabo Branco, Jd. Luna.
Padre Zé	Norte	6 bairros - Padre Zé, Roger, Tambiá, Treze de Maio, Tambauzinho, Torre.
Valentina de Figueiredo	Sul	5 bairros - Valentina, Planalto da Boa Esperança, Gramame, Cuiá, Paratibe, Mussumagro e mais 17 comunidades.

Fonte: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/sedes/>; documentos do CRAS; entrevista do autor (2016)

As regiões Sul e Oeste de João Pessoa contemplam o maior número de unidades do CRAS, onde se localiza a maioria dos bairros de baixa renda, e consequentemente de famílias e idosos com necessidades de proteção social. Na região Leste, que concentra os bairros de maior renda, tem apenas uma unidade do CRAS, no São José, que por sua vez apresenta a menor renda per capita do município.

O número de bairro e comunidades por CRAS varia de 3 (Cruz das Armas) a 17 (Valentina), com uma média de 9 bairros/comunidades. Considerando apenas os

bairros, a variação é de 2 (Gramame) a 11 bairros (Mangabeira e Grotão), com média de 9 por CRAS. Os bairros em destaques são marcados por muitas comunidades de baixa renda e extensa área territorial, tornando essas diferenças estatísticas não muito relevantes.

Todas as unidades cobrem 88,6% do território de João Pessoa. Por regiões, a cobertura tem os seguintes resultados: Norte (10 bairros; 71,4%), Sul (24 bairros; 85,7%), Leste (17 bairros; 100%) e Oeste (11 bairros; 100%). Na região Sul, bairros como Cidade dos Colibris e Distrito Industrial não são atendidos pela política, apesar dos problemas socioeconômicos.

Com base nos números e nas entrevistas, o número de unidades é insuficiente para atender toda a demanda da cidade, marcada por grande desigualdade social, conforme analisado no Índice de Gini. Para a coordenadora da atenção básica, é necessário pelo menos 19 CRAS. O Bairro das Indústrias, hoje atendido pelo CRAS Alto do Mateus, necessita de uma unidade porque tem a maior parte da sua população vivendo em extrema pobreza. Consequentemente, outros bairros próximos como Cidade Verde, Mussuré e Mumbaba, teriam os serviços melhorados.

Outra situação é do bairro Castelo Branco, com três comunidades carentes Santa Clara, São Rafael e Tito Silva, que não é coberto pelo programa. É atendido pelo CRAS Mangabeira, que apresenta uma extensa área de abrangência. Nesse sentido, o município deve reavaliar a gestão territorial da política do CRAS, de modo a manter unidades em bairros de baixa renda, que nas atuais circunstâncias, estejam distantes da unidade de referência.

Por outro lado, o bairro do Castelo Branco é sede do Centro de Convivência para Idosos, do Governo do Estado da Paraíba, onde a população idosa tem acesso a atividades físicas, socioeducativas e de lazer. Ressalta-se que essa política é planejada e executada exclusivamente no âmbito estadual, não havendo nenhuma articulação entre estado e município.

A gestão de território dos CRAS não segue necessariamente a divisão dos bairros por regiões. Por exemplo, o CRAS Mangabeira, na região Sul, atende bairros da região Leste (Altiplano, Castelo Branco e Portal do Sol); CRAS Cristo abrange comunidades do José Américo (região Sul); CRAS Padre Zé chega ao bairro Tambauzinho (região Leste); CRAS Ilha do Bispo atende aos bairros Varadouro,

Centro e Trincheiras (região Norte); CRAS Alto do Mateus cobre Mumbaba, Mussuré, Bairro das Indústrias e Cidade Verde (região Sul).

Em relação aos CREAS, são quatro unidades em João Pessoa, atendendo aos parâmetros de referência estabelecidos pela SNAS/MDS (2011), conforme Tabela 69.

Tabela 69 – Parâmetros de Referência para Definição do Número de CREAS, considerando o Porte do Município

Porte do Município	Nº de Habitantes	Parâmetro de Referência
Pequeno Porte I	Até 20.000	Cobertura de atendimento em CREAS regional; a implantação de CREAS municipal, quando a demanda local justificar.
Pequeno Porte II	De 20.001 a 50.0000	Implantação de pelo menos um CREAS
Médio Porte	De 50.001 a 100.000	Implantação de pelo menos um CREAS
Grande Porte, Metrôpoles e DF	A partir de 100.001	Implantação de um CREAS a cada 200.000 habitantes

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS/Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2011).

Em locais com mais de um CREAS, a localização deve ocorrer em territórios de maior incidência de risco pessoal e social, com violações de direitos. Outros critérios incluem a localização de equipamentos da rede assistencial de articulação do CREAS, como o CRAS, Poder Judiciário, Conselhos de Direitos (SNAS/MDS, 2011). Na Tabela 70 apresenta-se uma síntese descritiva da localização, região e área de abrangência dos CREAS, bem como do Centro Pop e Abordagem Social-Ruarteres.

A localização dos CREAS no Centro e Mangabeira atende aos critérios estabelecidos pela SNAS/MDS (2011), uma vez que são regiões com problemas sociais mais intensos, e com aproximação de outras instituições às quais podem se articular, como CRAS em Mangabeira, e Delegacia do Idoso, Ministério Público, Centro Pop no Centro da cidade.

O CREAS I Centro tem um território formado por 13 bairros das regiões Oeste e Norte. O CREAS II Bairro dos Estados contempla 22 bairros das regiões Leste e Norte. O CREAS III Mangabeira atende uma área de 17 bairros, localizados nas regiões Sul e Leste, constituindo-se como unidade de maior população. O CREAS IV Bairro dos Estados tem uma área de 17 bairros, nas regiões Sul e Oeste. A média geral é de 16 bairros por CREAS. Ao todo, são 64 bairros atendidos correspondendo a 97,2% do território do município. A única região não atendida completamente é a Leste (81,8%).

Fica evidente que a sede do CREAS IV é inadequada à sua área de abrangência, dificultando o acesso da população, ao mesmo tempo, para as equipes de campo no atendimento domiciliar. Segundo a coordenadora da atenção especializada (média complexidade), a prefeitura planeja sua transferência para o centro da cidade.

Tabela 70 – Distribuição Territorial dos CREAS em João Pessoa

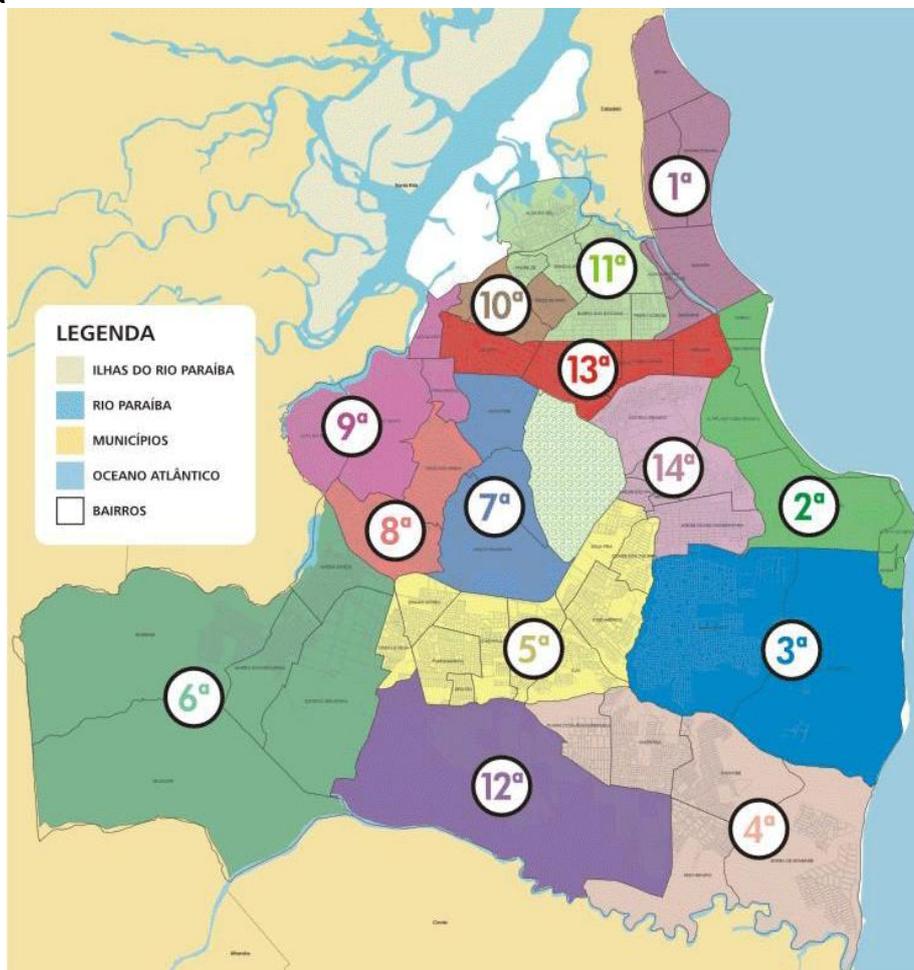
Unidade	BAIRRO	REGIÃO	ÁREA DE ABRANGÊNCIA
CREAS I	Centro	Norte	Centro, Tambiá, Varadouro, Ilha do Bispo, Alto do Mateus, Jd. Veneza, Bairro do Novais, Cruz das Armas, Jaguaribe, Oitizeiro, Rangel, Trincheiras, Varjão e as comunidades Cordão Encarnado e Distrito Mecânico
CREAS II	Bairro dos Estados	Norte	Altiplano Cabo Branco, Alto do Céu, Bairro dos Ipês, Bairro dos Estados, Bessa, Brisamar, Cabo Branco, Castelo Branco, Expedicionários, Jd. Luna, João Agripino, Manaíra, Mandacaru, Miramar, Padre Zé, Pedro Gondim, Roger, São José, Tambaú, Tambauzinho, Torre, Treze de Maio e as comunidades Jd. Esther e Jd. Mangueira
CREAS III	Mangabeira	Sul	Mangabeira, Valentina, Bancários, Água Fria, Anatólia, Barra de Gramame, Cidade dos Colibris, Colinas do Sul, Jd. Cidade Universidade, Jd. São Paulo, Portal do Sol, Costa do Sol, Mussumagro, Paratibe, Penha, Planalto da Boa Esperança e Ponta do Seixas
CREAS IV	Bairro dos Estados	Norte	Bairro das Indústrias, Colinas do Sul, Costa e Silva, Cidade Verde, Cristo Redentor, Cuiá, Distrito Industrial, Ernani Sátiro, Ernesto Geisel, Esplanada, Funcionários, Gramame, Grotão, João Paulo II, José Américo, Mumbaba, Mussuré e as comunidades Gauchinha e Gervázio Maia
Centro Pop Ruartes	Centro	Norte	Todo o município e cidades vizinhas
	Centro	Norte	Todo o município e cidades vizinhas

Fonte: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/sedes/>; documentos do CREAS; entrevista do autor (2016)

Em relação aos Centros de Referência da Cidadania (CRCs), são unidades que planejam e executam políticas sociais definidas por agenda própria municipal e também definidas pelo Governo Federal, como o programa Bolsa Família, o Cadastro Único e o Pronatec. De acordo com o DIPOP (2016), a implementação do CRC nas comunidades e bairros que compõem as 14 regiões de participação social no orçamento (Figura 27) da cidade de João Pessoa é condição necessária à dinamização de ações que permitam a participação cidadã de forma descentralizada e articulada com diversos segmentos sociais e, conseqüentemente, tornar as políticas públicas mais eficientes tendo em vista o real, amplo e democrático desenvolvimento social.

Na Tabela 71 contempla-se a distribuição geográfica dos CRC, identificando o bairro, região administrativa e área de abrangência.

Figura 27 – Mapa das Regiões de Participação Popular no Orçamento Participativo – João Pessoa



Fonte: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/op/regioes-de-participacao-popular/>. Acesso em: 8 de janeiro de 2017.

A gestão territorial do orçamento participativo contempla todas as regiões administrativas relacionadas na Tabela 67, mas dividida em mais territórios com ênfase nas mais de 200 comunidades existentes na maioria dos bairros. São localidades cujas condições socioeconômicas são mais precárias, necessitando de maior atuação do poder público para melhorias da qualidade de vida dessas pessoas, além de promover a participação social em espaços democráticos.

Eram 11 unidades, mas segundo a coordenação geral foi fechada a do Bairro dos Ipês, por ser próxima ao Mandacaru e do Centro Intergeracional Sinhá Bandeira, no Expedicionários. Outro motivo para a decisão, conforme coordenadores dos CRC, é a característica socioeconômica do bairro.

Tabela 71 – Distribuição Territorial dos Centros de Referência da Cidadania em João Pessoa

Bairro	Região	Fundação	Área de abrangência
Bancários	Sul	Mar./1999	Bancários, Cabo Branco, Castelo Branco, Água Fria, Jd. São Paulo, Miramar, Portal do Sol, Altiplano Cabo Branco e as comunidades do Timbó, São Rafael e Eucalipto
Costa de Silva	Sul	Fev./2000	Costa e Silva, Ernani Sátiro e Esplanada
Cristo	Oeste	Nov./1999	Cristo, Rangel, Varjão, Ernesto Geisel e José Américo
Cruz das Armas	Oeste	Fev./2000	Cruz das Armas, Bairro dos Novais, Funcionários IV, Centro e Jaguaribe
Funcionários II	Sul	Jul./1999	Funcionários II, Esplanada, João Paulo II, Gramame, Colinas do Sul e as comunidades Gervázio Maia, Jd. Sepol e Engenho Velho
Jardim Veneza	Oeste	Abr./1999	Jd. Veneza, Bairro das Indústrias, Mumbaba, Mussuré, Cidade Verde, Distrito Industrial e as comunidades Nova Trindade, Três Lagoas e Vieira Diniz
Mandacaru	Norte	Nov./1999	Mandacaru, Padre Zé, Bairro dos Ipês, Treze de Maio, Bairro dos Estados
Mangabeira	Sul	Set./1998	Mangabeira, Castelo Branco e José Américo
Roger	Norte	Mai./1999	Roger, Varadouro, Centro, Tambiá e Trincheiras
Valentina	Sul	Set./1998	Valentina, Paratibe, Mussumagro e as comunidades Parque do Sol, Cidade Maravilhosa, Sonho Meu e Novo Milênio

Fonte: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/sedes/>; documentos do CRCs; entrevista do autor (2016)

As políticas sociais executadas nos CRC abrangem, sobretudo, áreas com maior incidência de pobreza no município, como as regiões Norte (10 bairros, 71,4%), Sul (21 bairros, 75%) e Oeste (8 bairros, 72,7%). A região Leste tem uma cobertura de 27,8% (5 bairros) de seu território. No geral, o CRC chega a 62% de toda a área urbana da cidade. Tendo como parâmetro a região de localidade, têm-se as seguintes quantidades: região Sul (5 unidades), Oeste (3 unidades) e Norte (2 unidades). A presença do poder público, por meio de serviços e atividades à população nesses territórios, mostra o compromisso em mitigar os problemas sociais decorrentes da baixa renda. Essas medidas oportunizam melhorar a qualidade de vida, promover a inclusão social e criar condições para inserção no mercado.

Em Cuiabá são 14 unidades do CRAS, que representa a principal estrutura física local para a proteção social básica do SUAS. Desempenha papel central no território onde se localiza, possuindo a função exclusiva da oferta do trabalho social com família por meio do serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF) e gestão territorial da rede sócio assistencial de proteção básica (COMDIPI – CUIABÁ, 2016). Na Tabela 72 descreve-se a distribuição territorial dos CRAS, em vigência desde abril de 2016.

Os CRAS estão distribuídos por todas as regiões administrativas, com destaque para a Região Sul (cinco unidades) e Região Leste (quatro unidades). A gestão territorial dos CRAS deve ter como princípio as questões socioeconômicas,

assim a unidade deve se localizar nos bairros onde a população tem renda mais baixa. Nesse sentido, e de acordo com o IBGE (2010), a maioria dos bairros com essas características se localiza nas regiões Sul, Oeste e Norte, evidenciando a necessidade de criação de novas unidades ou o reordenamento das já existentes.

Tabela 72 – Distribuição Territorial dos CRAS em Cuiabá

BAIRRO	REGIÃO	ÁREA DE ABRANGÊNCIA
CPA III*	Norte	4 Bairros – Morada da Serra, Morada do Ouro, Nova Conquista e Primeiro de Março, e mais 14 Localidades, totalizando 18.
Dom Aquino	Leste	9 Bairros – Campo Velho, Centro Norte, Centro Sul, Dom Aquino, Jd. Paulista, Jd. Tropical, Pico do Amor, Poção e Porto, e mais 2 Localidades, totalizando 11.
Dr. Fábio**	Norte	1 Bairro – Três Barras, e mais 9 Localidades, totalizando 10.
Getúlio Vargas***	Sul	16 Bairros – Cohab São Gonçalo, CoopHEMA, Jd. Comodoro, Jd. Gramado, Jd. Mossoró, Jd. Presidente, Jordão, Nossa Sra. Aparecida, Nova Esperança, Parque Atalaia, Pq. Cuiabá, Pq. Geórgia, Pq. Ohara, Residencial Coxipó, São Gonçalo Beira Rio e Vista Alegre, e mais 18 Localidades, totalizando 34.
Jd. Araçá	Oeste	10 Bairros – Barra do Pari, Cidade Alta, Cidade Verde, CoopHamil, Duque de Caxias, Goiabeiras, Jd. Araçá, Jd. Cuiabá, Novo Terceiro e Santa Isabel, e mais 11 Localidades, totalizando 21.
Jd. União****	Norte	5 Bairros – Alvorada, Jd. Florianópolis, Jd. Vitória, Paraíso e Paiaguás, 4 Distritos – Aguaçu, Coxipó do Ouro, Guia e Rio dos Peixes, e mais 31 Localidades, totalizando 40.
Nova Esperança	Sul	6 Bairros – Distrito Industrial, Jd. Industriário, Nova Esperança, Pascoal Ramos, São José e São Sebastião, e mais 11 Localidades, totalizando 17.
Novo Colorado	Oeste	8 Bairros – Araés, Despraiado, Jd. Mariana, Novo Colorado, Quilombo, Ribeirão da Ponte, Ribeirão do Lipa, Santa Rosa, e mais 11 Localidades, totalizando 19.
Osmar Cabral	Sul	5 Bairros – Jd. Fortaleza, Osmar Cabral, Santa Laura, São João Del Rey e Zeu do Manduri, e mais 8 Localidades, totalizando 13.
Pedra 90	Sul	1 Bairro – Pedra 90, e mais 19 Localidades, totalizando 20.
Pedregal	Leste	17 Bairros – Areão, Bandeirantes, Baú, Bela Vista, Boa Esperança, Bosque da Saúde, Campo Verde, Canjica, Dom Bosco, Jd. Aclimação, Jd. das Américas, Jd. Itália, Jd. Leblon, Lixeira, Morada dos Nobres, Pedregal e Santa Cruz, e mais 3 Localidades, totalizando 20.
Planalto	Leste	11 Bairros – Campo Verde, Carumbé, Jd. Eldorado. Novo Horizonte, Novo Mato Grosso, Planalto, Residencial São Carlos, São Roque, Santa Inês, Sol Nascente e Terra Nova, e mais 6 Localidades, totalizando 17.
Praeiro	Leste	8 Bairros – Bela Marina, Grande Terceiro, Jd. Califórnia, Jd. Europa, Jd. Petrópolis, Jd. Shangri-lá, Praeiro e Praeirinho, e mais 4 Localidades, totalizando 12.
Tijucal	Sul	11 Bairros – Altos do Coxipó, Cachoeira das Garças, Jd. das Palmeiras, Jd. dos Ipês, Jd. Passaredo, Jd. Universitário, Jd. Imperial, Lagoa Azul, Recanto dos Pássaros, São Francisco e Tijucal, e mais 21 Localidades, totalizando 32.

* Localidade do Bairro Morada da Serra; **Área de Expansão Urbana;

Localidade do Bairro Residencial Coxipó. *Localidade do Bairro Centro Político Administrativo

Fonte: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/assistencia-social/a-secretaria/>; documentos do CRAS; entrevista do autor (2016)

A média de bairros/comunidades por CRAS é 20, demonstrando que é extensa a área de abrangência para cada unidade. Analisando as regiões Leste e

Oeste, constituídas por bairros mais centrais, a cobertura territorial varia de 11 a 21 bairros e localidades, referentes aos CRAS Dom Aquino e Jd. Araçá, respectivamente. A média de bairros/comunidades nas unidades dessas regiões é 17. Os idosos, especialmente, pela dificuldade de locomoção, necessitam desses espaços públicos mais próximos onde moram ou de fácil acesso por meio do transporte público.

Por outro lado, as regiões Norte e Sul, onde se localizam grande parte dos bairros mais periféricos e de menor renda, além de uma ampla área de expansão urbana, têm os CRAS com maior área de abrangência, como as unidades do Jd. Araçá (40 bairros e localidades) e Getúlio Vargas (34 bairros e localidades), respectivamente. A média de bairros/localidades por unidade é 23. O CRAS Araçá abrange ainda os distritos de Aguaçu, Coxipó do Ouro, Guia e Rio dos Peixes. Para um resultado efetivo em território tão extenso é necessária uma estrutura administrativa e equipe funcional, o que não existe no município, comprometendo o atendimento às famílias e aos idosos.

Considerando como base a quantidade de bairros (119) e Localidades (397), a cobertura dos CRAS atinge 92,4% (110 bairros) e 42,3% (168 localidades). Estas últimas, a maioria localizada nas regiões Sul e Norte, têm um espaço amplo não coberto pela política de atenção básica na área da assistência social. Identificou-se também que unidades de determinada região atendem bairros de outras, como o Alvorada (Regional Oeste) atendido pelo CRAS Jd. União (Regional Norte), Centro Norte, Centro Sul e Porto (Regional Oeste) atendidos pelo CRAS Dom Aquino (Regional Leste), Cachoeira das Graças, Jd. Universitário, Jd. Imperial e Recanto dos Pássaros (Regional Leste) atendido no CRAS Tijucal (Regional Sul).

Considerando apenas os bairros por regiões administrativas, o CRAS abrange 90% (9 bairros) da Região Norte, 97,1% (34 bairros) da Sul, 91,8% (45 bairros) da Leste e 88% (22 bairros) da Oeste. Analisando unicamente os números, constata-se uma abrangência satisfatória das unidades dos CRAS. Entretanto, há deficiência em termos de estrutura e equipe na oferta dos serviços, conforme observado nas entrevistas e nas visitas às unidades.

Sobre os CREAS, Cuiabá tem duas unidades nas regiões Oeste e Norte, respeitando os parâmetros definidos pela SNAS/MDS (2011), conforme Tabela 69, em que para cada 200 mil habitantes deve-se implantar uma unidade. O município, de acordo com estimativas do IBGE (2016), tem pouco mais de 585 mil habitantes.

Isto significa que poderá em breve instalar mais uma unidade. A Tabela 73 traz as informações territoriais dos CREAS.

Tabela 73 – Distribuição Territorial dos CREAS em Cuiabá

Unidade	BAIRRO	REGIÃO	ÁREA DE ABRANGÊNCIA
CREAS I	Centro	Oeste	Todos os bairros das Regiões Norte e Sul: $49 + 25 = 74$ Todas as localidades dessas regiões: $115 + 106 = 221$
CREAS II	Morada do Ouro	Norte	Todos os bairros das Regiões Norte e Sul: $10 + 35 = 45$ Todas as localidades dessas regiões: $72 + 104 = 176$

Fonte: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/assistencia-social/a-secretaria/>; documentos do CREAS; entrevista do autor (2016)

Pela área de abrangência dos CREAS, pode-se deduzir que não atende à demanda populacional. Assim, são priorizadas as áreas com maior necessidade de receber as políticas e serviços. No CREAS Norte, criado em 2012, são os bairros mais populosos Morada do Ouro e Pedra 90, e contam apenas com um veículo para as atividades. No CREAS Centro, fundado em 2008, são focados os bairros Centro-Sul, Centro-Norte e Porto. No momento, para executar as ações têm disponíveis dois veículos e nenhum motorista efetivo. Este CREAS é referência em Cuiabá em função da sua localidade central e maior demanda de população vulnerável.

Os CREAS são estruturados, com sedes administrativas e uma equipe funcional, contratados e concursados, para a execução das ações:

- CREAS Norte (26 funcionários): coordenador (1), assistentes administrativos (6), jurídico (2), medidas socioeducativas (3), Serviço Especial em Abordagem Social – SEAS (8), transporte (2), vigilância e segurança (3), serviços gerais (1).
- CREAS Centro (19 funcionários): coordenador (1), assistentes sociais (3), monitores do SEAS (5), assistentes administrativos (4), pedagoga (1), vigilância e segurança (4), serviços gerais (1).

Observa-se que o CREAS Centro, apesar de absolver a maior parte dos trabalhos em uma área de abrangência maior, tem uma equipe menor se comparado ao CREAS Norte. É clara a falha de gestão nesse caso, embora a deficiência funcional se apresente como um grave problema, de um modo geral.

Quanto aos CCIs, são quatro unidades localizadas em cada região administrativa de Cuiabá (Tabela 74).

Tabela 74 – Distribuição Territorial dos Centros de Convivência de Idosos em Cuiabá

Unidade	BAIRRO	REGIÃO	ÁREA DE ABRANGÊNCIA
CCI – Maria Ignês	CPA II*	Norte	Bairros da região, mas tem idosos cadastrados das outras regiões
CCI – Aideê Pereira do Nascimento	Novo Horizonte	Leste	Novo Horizonte, Planalto e Dr. Fábio, além outras regiões, como Norte (CPA)
CCI – Pe. Firmo Duarte Filho	Porto	Oeste	Principalmente os bairros Centrais, CPA, Tijucal. Mas também de toda a cidade
CCI – João Guerreiro	Altos do Coxipó	Sul	Bairros vizinhos e Tijucal, Chácara dos Pinheiros (Jordão) e Centro

*Localidade do Bairro Morada da Serra

Fonte: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/assistencia-social/a-secretaria/>; documentos do CREAS; entrevista do autor (2016)

A área de abrangência dos CCI não é delimitada pela região administrativa, chegando a atender populações de outras áreas da cidade. No CCI “Aideê Pereira”, além dos idosos do Novo Horizonte e bairros vizinhos, como Planalto e Dr. Fábio, vêm também do CPA (Região Norte). No “Padre Firmo”, idosos de toda cidade participam, com destaque para a região central e bairros como Tijucal (Região Sul) e CPA (Região Norte). No “João Guerreiro”, atende os bairros da região Sul, mas também do Centro (Região Oeste).

Essa mobilidade permite que mais idosos sejam atendidos pela política, continuamente executada há quase duas décadas, apesar de obstáculos como falta de pessoal e estrutura para determinados serviços. Reforça ainda o conceito de território, em que sua totalidade supera o espaço delimitado pelo poder público, se conjugando por meio de interesses contraditórios e de interações sociais (OLIVEIRA, 2014).

Tabela 75 – Comparativo da Gestão Territorial nas Unidades de Saúde de João Pessoa e Cuiabá

Variável	João Pessoa	Cuiabá
Nº de CRAS	11	14
Cobertura Total	88,6%	92,4%
Regiões com menor e maior cobertura	Norte (71,4%); Leste (100%)	Oeste (88%); Sul (97,1%)
Regiões com maior nº de CRAS	Sul (4) e Oeste (4)	Sul (5) e Leste (4)
Média de bairros/CRAS	9	20*
CRAS de maior abrangência/bairros	Mangabeira e Grotão (11)	Jd. União (40)
Nº de CREAS	4	2
Cobertura Total	97,2%	100%
Média de bairros/CREAS	16	-
CREAS com maior nº de bairros	CREAS II (22)	CREAS CENTRO (74)
Nº de CRC	10	0
Cobertura Total	62%	-
Regiões com maior nº de CRC	Sul (5), Oeste (3) e Norte (2)	-
Regiões com maior cobertura	Norte (71,4%), Oeste (72,7%) e Sul (75%)	-
Média de bairros/CRC	6	-

*Inclui localidades e bairros; Fontes: Documentos dos CRAS, CREAS, CRC; Entrevistas do autor (2016)

Analisando os números, o município de Cuiabá tem uma cobertura maior da política de assistência social na atenção básica, seja em número de CRAS quanto nos territórios atendidos. Por outro lado, a média de bairros por unidade é maior do que em João Pessoa, devido naturalmente ao seu maior número de bairros e localidades. Porém, quanto mais abrangente, depende de maior estrutura administrativa e funcional. E nesse sentido, como já analisado anteriormente, as equipes PAEF desse município estão incompletas nas unidades, além de falta de recursos materiais e equipamentos para o atendimento completo e integral em toda a área de abrangência.

Observa-se que todas as unidades nos municípios estão localizadas em bairros de renda baixa: em João Pessoa as regiões Sul e Oeste registram o maior número (8; 72,3%) e Cuiabá as regiões Sul e Leste (9; 64,3%). Entretanto, todas as regiões nessas cidades apresentam características socioeconômicas diversas, e devem ser avaliadas nas decisões políticas. Por exemplo, a região Leste de Cuiabá é onde se localiza a maior parte dos bairros de renda média e alta, mas também de classes sociais mais baixas. Esse contexto justifica o maior número de CRAS nessa região.

Outro dado relevante é a maior abrangência dos CRAS Mangabeira (João Pessoa) e Jd. União (Cuiabá), uma vez que apresentam grande população geral e de baixa renda. Em linhas gerais, a gestão territorial dessa política nos municípios apresenta falhas, com áreas desassistidas dentre as quais o Distrito Industrial (João Pessoa) e Jd. Ubirajara (Cuiabá). Como afirmam Torres e Marques (2004), para implementar efetivamente políticas sociais, deve-se considerar onde reside a população-alvo.

No que se refere aos CREAS, a gestão territorial em princípio atenderia praticamente toda a área urbana dos municípios, com melhor distribuição em João Pessoa em função da maior quantidade de unidades. Entretanto, o atendimento é insuficiente nos territórios estudados por diversos fatores: número de unidades disponíveis, localização das unidades, estruturas administrativas e funcionais, demanda crescente não apenas do segmento idoso e falta de recursos financeiros.

A territorialidade no campo das políticas sociais, segundo Cattani e Ferrarini (2010), tem como objetivo desenvolver os potenciais humanos, econômicos, sociais e culturais endógenos. Nessa perspectiva, encontram-se em João Pessoa os

programas executados pelos CRC que contribuem com desenvolvimento territorial nas três regiões mais pobres do município: Oeste, Leste e Sul.

4.4.3.2 Políticas Públicas de Saúde

A gestão territorial de saúde na Atenção Básica e Especializada (Média e Alta Complexidades) em João Pessoa ocorre por meio de cinco Distritos Sanitários, que contemplam bairros e comunidades que não seguem a mesma distribuição das quatro regiões administrativas definidas na Tabela 67.

Na Tabela 76 está a distribuição dos bairros por Distritos e na Figura 28 o mapa, em vigência desde 2015.

Tabela 76 – Distribuição dos Bairros por Distritos Sanitários de Saúde em João Pessoa

Distrito Sanitário	SEDE	Nº de Bairros	BAIRROS
I	Cruz das Armas	14	Alto do Mateus, Bairro das Indústrias, Bairro dos Novais, Costa e Silva, Cruz das Armas, Distrito Industrial, Ernani Sátiro, Esplanada, Funcionários I, Jardim Planalto, Jardim Veneza, Mumbaba, Mussuré, Oitizeiro
II	Ernesto Geisel	10	Colinas do Sul, Cristo Redentor, Cuiá, Ernesto Geisel, Funcionários II, Gramame, Grotão, João Paulo II, Rangel, Varjão
III	Mangabeira	8	Água Fria, Cidade dos Colibris, José Américo, Mangabeira, Muçumagro, Paratibe, Planalto da Boa Esperança, Valentina
IV	Torre	14	Alto do Céu, Bairro dos Estados, Bairro dos Ipês, Centro, Ilha do Bispo, Jaguaribe, Mandacaru, Padre Zé, Pedro Gondim, Roger, Tambiá, Treze de Maio, Trincheiras, Varadouro
V	Miramar	25	Aeroclube, Altiplano Cabo Branco, Anatólia, Bancários, Barra de Gramame, Bessa, Brisamar, Castelo Branco, Cabo Branco, Costa do Sol, Expedicionários, Jd. Cidade Universitária, Jd. Oceania, Jd. São Paulo, João Agripino, Manaíra, Miramar, Penha, Ponta do Seixas, Portal do Sol, São José, Tambiá, Tambauzinho, Torre

Fonte: SMS – JOÃO PESSOA (2016)

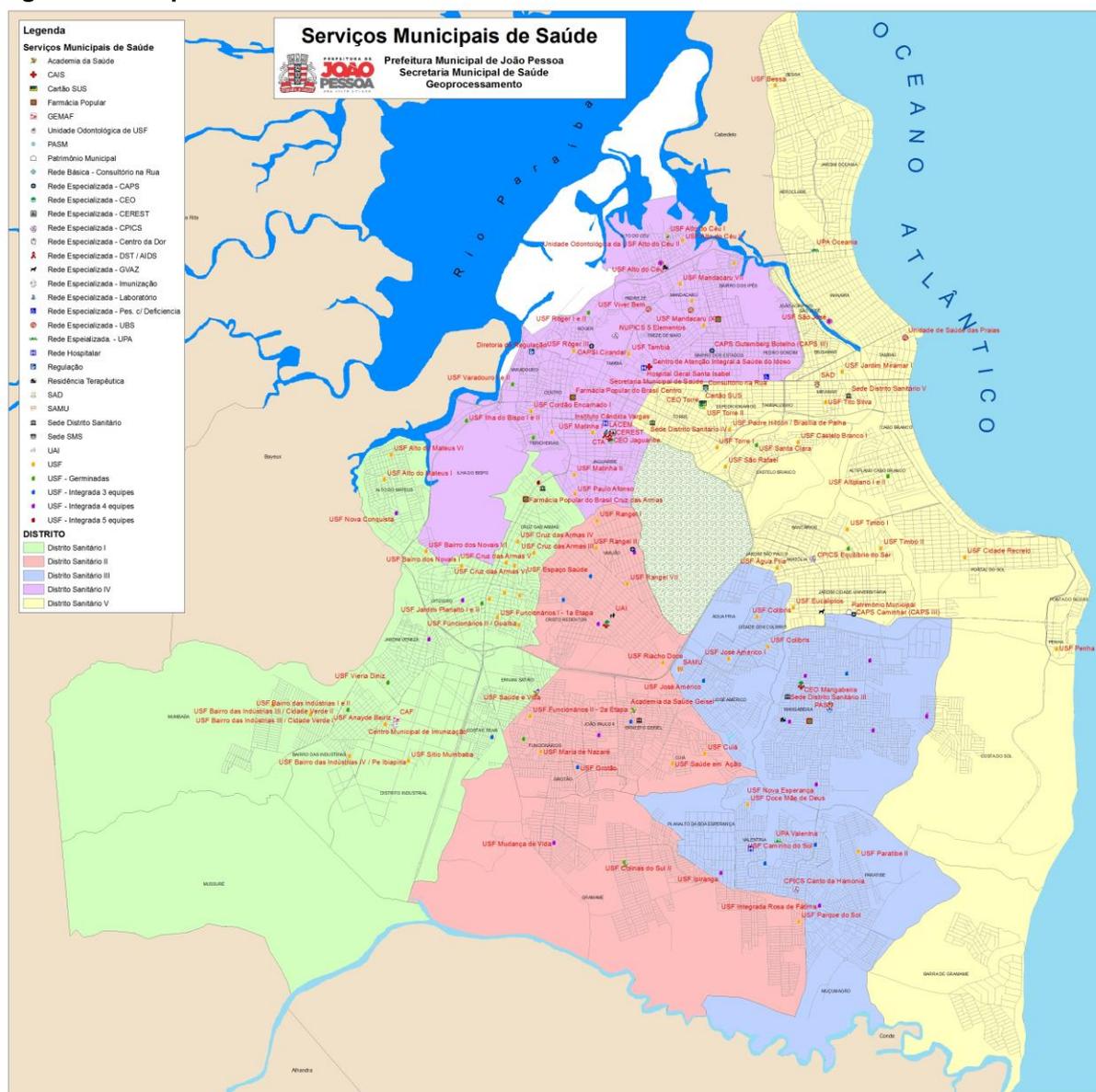
Os Distritos Sanitários (DS) recortam toda a extensão territorial do município de João Pessoa. Em cada DS existe um diretor responsável pela administração das atividades de saúde executadas na atenção básica e especializada. Nesse sentido, foi criada uma sede administrativa, localizada nos bairros mais centralizados em cada DS, de modo a tornar a logística mais eficiente nas áreas de abrangência. Também com o objetivo de facilitar o acesso da população em atividades como marcações de consultas na região correspondente, distribuição de medicamentos e coleta de informações da população sobre os serviços de saúde ofertados.

No entanto, observa-se que a sede do DS IV fica no bairro da Torre, mas este pertence ao DS V. Pela localização do mapa, o bairro fica mais distante dos

demais que compõem o DS IV, podendo dificultar o acesso da população ao setor administrativo.

Em cada distrito, há Unidades de Saúde da Família (USF) e Centros de Saúde (CS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que se responsabilizam pelos serviços nos territórios de atuação. Mais adiante, será apresentada a estrutura de saúde, em cada DS, no que se refere à atenção básica e especializada.

Figura 28 – Mapa dos Distritos Sanitários de Saúde em João Pessoa



Fonte: SMS – JOÃO PESSOA (2016)

O DS com maior número de bairros (25) e extensão territorial é o V (faixa amarela do mapa na Figura 28), mais próxima da orla da capital. Entretanto, não é a área mais populosa e com os maiores problemas decorrentes da baixa renda,

portanto, sem necessidade crítica de atuação do poder público. O DS III (faixa azul) tem a maior população, com destaque para o bairro de Mangabeira. Essa característica pode explicar a quantidade de unidades de saúde, seja na atenção básica, seja na atenção especializada, neste bairro. No DS II (faixa rosa) está localizado o bairro de Gramame, o maior em extensão territorial do município e marcado por áreas de chácaras, expansão urbana e sem infraestrutura. Desse modo, é preciso uma atenção na gestão de saúde neste bairro e nos demais do DS, porque são territórios habitados por população de baixa renda.

O DS IV (faixa roxa) tem a menor extensão territorial, porém com maior concentração de bairros e densidade demográfica. Tem características socioeconômicas diversificadas, bem como de infraestrutura. Bairros como Estados, Ipês e Pedro Gondim têm melhor infraestrutura e renda maior da população, ao contrário de bairros como Alto do Céu, Mandacaru e Varadouro. Estes últimos contêm comunidades carentes que precisam não apenas de ações afirmativas, mas de políticas públicas continuadas. O DS I é o mais homogêneo, no sentido de características socioeconômicas, todos os bairros se enquadram em faixas de renda de média para baixo, e assim, necessitam do poder público no atendimento à saúde.

As unidades de saúde de atenção especializada (média e alta complexidades) que atendem aos idosos, inclusive, estão presentes em todos os Distritos Sanitários (DS): DS I (1 unidade, 4%), DS II (3 unidades, 12%), DS III (8 unidades, 32%), DS IV (9 unidades, 36%) e DS V (4 unidades, 16%). O DS III tem a maior população do município e o DS IV está localizado na área central da cidade, justificando a presença maior das unidades de saúde nesses territórios. Por bairros, Mangabeira (DS III) e Jaguaribe (DS IV) agrupam a maior quantidade.

São 3 UPAS, 3 CAIS, 4 CEO, 1 LACEM, 3 CAPS, 1 PASM, 2 CPIS, 1 CAISI, 2 RT, 3 hospitais municipais, 1 CRIMPD e 1 CTA, totalizando 25 unidades (Tabela 77). Essa rede de atendimento oferta serviços de saúde desde atendimento de urgência e emergência a internações, saúde física e mental, odontológica, clínica, exames laboratoriais, e casos específicos como doenças sexualmente transmissíveis e deficiência física.

Tabela 77 – Distribuição Territorial das Unidades de Saúde de Atenção Especializada (Média e Alta Complexidades) em João Pessoa

UNIDADE DE SAÚDE	BAIRROS e DISTRITOS SANITÁRIOS
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Cruz das Armas (Distrito Sanitário I), Manaíra (Distrito Sanitário V) e Valentina de Figueiredo (Distrito Sanitário III)
Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS)	Cristo (Distrito Sanitário II), Jaguaribe (Distrito Sanitário IV) e Mangabeira (Distrito Sanitário III)
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Cristo (Distrito Sanitário II), Jaguaribe (Distrito Sanitário IV), Mangabeira (Distrito Sanitário III), Torre (Distrito Sanitário V)
Laboratório Central do Município (LACEM)	Jaguaribe (Distrito Sanitário IV)
Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)	Bairro dos Estados (Distrito Sanitário VI), Jardim Cidade Universitária (Distrito Sanitário V), Rangel (Distrito Sanitário II)
Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM)	Mangabeira (Distrito Sanitário III)
Centro de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC)	“Equilíbrio do Ser” – Bancários (Distrito Sanitário V), “Canto de Harmonia” – Valentina de Figueiredo (Distrito Sanitário III)
Centro de Apoio Integral à Saúde do Idoso (CAISI)	Tambiá (Distrito Sanitário IV)
Residência Terapêutica (RT)	Alto do Céu (Distrito Sanitário IV), Paratibe (Distrito Sanitário III)
Hospital Municipal	Complexo Ortotrauma de Mangabeira (Distrito Sanitário III), Municipal Valentina de Figueiredo (Distrito Sanitário III) e Santa Isabel no Bairro Tambiá (Distrito Sanitário IV)
Centro de Referência de Inclusão Municipal para Pessoas com Deficiência (CRIMPD)	Pedro Gondim (Distrito Sanitário IV)
Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA (DSD/AIDS e Hepatites Virais)	Jaguaribe (Distrito Sanitário IV)

Fonte: SMS – JOÃO PESSOA (2016)

Algumas descrições sobre as unidades de saúde são importantes. As UPAS, cuja última unidade inaugurada foi no bairro de Cruz das Armas, no Distrito Sanitário I, articulam-se com a atenção básica, USF e SAMU. No CAIS, a população tem acesso a clínicas, especialidades médicas e odontológicas. No CEO, oferta uma variedade de serviços como diagnóstico bucal, realização de biópsias e próteses dentárias. No LACEN, são realizados exames hemograma, glicose, hepatite, marcadores tumorais, dentre outros. No CAPS, é oferecido atendimento à população com transtornos mentais, encaminhamento clínico, reinserção social e fortalecimento de laços de família e comunitário.

No CPIC são realizadas atividades individuais como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, reiki, aromaterapia, além das coletivas, dentre elas biodança, tai chi chuan, yoga, danças circulares, com o objetivo de promover a saúde mental e física dos usuários. A Residência Terapêutica é um programa que tem como objetivo acabar com a internação de pacientes com problemas mentais em manicômios, reintegrando-os ao convívio familiar e social (SMS – JOÃO PESSOA, 2016).

O processo de envelhecimento desencadeia uma série de mudanças no indivíduo, como o declínio das funções orgânicas e condições mentais (CAPORICCI e OLIVEIRA NETO, 2011), da capacidade cognitiva (LEITE *et al.*, 2012), da capacidade funcional e autonomia (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987) e mudanças nas relações sociais e nos aspectos psicológicos (OLIVEIRA, 2013). Todos esses fatores podem ser atenuados por meio de políticas públicas como as executadas em João Pessoa no Centro de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC), Centro de Apoio Integral à Saúde do Idoso (CAISI) e Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS).

Em relação à Atenção Básica de Saúde, o município contém 115 unidades em seis categorias de serviços no ano de 2016, presentes em todos os Distritos Sanitários (Tabela 78): 101 Unidades Saúde da Família (USF), 4 Farmácias Popular do Brasil (FPB), 3 Academias de Saúde (AS), 5 Centros de Saúde (CS), 1 Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e 1 Consultório na Rua (CR).

Em quantidade por DS, temos a seguinte distribuição: DS I (29 unidades, 25%), DS II (20 unidades, 17,2%), DS III (19 unidades, 16,4%), DS IV (25 unidades, 21,6%) e DS V (23 unidades, 19,8%), e uma média geral de 23 unidades. A distribuição pode ser considerada de certa forma proporcional, dado a quantidade de bairros por distrito. Apenas o DS V tem se destoado, por conter o maior número de bairros e menor cobertura das unidades de saúde.

Do total de 106 USF e CS, principais unidades da atenção básica, 27 (25,5%) estão localizadas no DS I e 23 (21,7%) no DS IV. As demais estão distribuídas de forma mais uniforme: DS II (18 unidades, 17%), DS III (18 unidades, 17%), e DS V (20 unidades, 18,9%). Enfatiza a presença em comunidades pobres como Vieira Diniz, no bairro Jardim Veneza, Riacho Doce (Cristo), Santa Bárbara (Valentina), Distrito Mecânico (Trincheiras) e Timbó (Bancários).

Quanto à cobertura total dessas unidades considerando todos os DS, o resultado chega a 71,8% (51 bairros). Por cada DS, tem-se o seguinte cenário atual: DS I (11 bairros; 78,6%), DS II (10 bairros, 100%), DS III (6 bairros, 75%), DS IV (10 bairros, 71,4%) e DS V (14 bairros, 56%). Os quatro primeiros distritos são bem atendidos pelo programa USF em termos territoriais. Em relação ao DS V, essa cobertura fica um pouco acima da metade da área, dado o maior número de bairros localizados no mesmo.

Registre-se que todas as unidades (USF, FPB, AS, CS e SAD) atendem ao idoso, devendo respeitar a legislação sobre a prioridade no atendimento: Lei Municipal n. 13.040/2015, Lei Federal n. 10.048/2000 e o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2003).

Tabela 78 – Distribuição Territorial das Unidades de Saúde de Atenção Básica em João Pessoa

Distrito Sanitário	UNIDADE (QTD.)	BAIRROS (QUANTIDADE)	COMUNIDADES/BAIRROS (QUANTIDADE)
I	USF (27)	Alto do Mateus (2), Bairro das Indústrias (2), Bairro dos Novais (2), Costa e Silva (1), Cruz das Armas (7), Ernani Sátiro (1), Funcionários I (2) Jardim Planalto (1), Jardim Veneza (1), Mumbaba (1), Oitizeiro (1)	Nova Conquista/Alto do Mateus (1), Cidade Verde/Indústrias (2), Padre Ibiapina/Indústrias (1), Vieira Diniz/Jardim Veneza (1), Guaíba/Oitizeiro (1)
	FPB (1)	Cruz das Armas (1)	
	AS (1)	Ernani Sátiro (1)	
II	USF (18)	Colinas do Sul (1), Cristo (2), Cuiá (2), Ernesto Geisel (1), Funcionários II (2), Grotão (1), Gramame (1), Rangel (3), Varjão (1)	Riacho Doce/Cristo (1), Bela Vista/Cristo (1), Presidente Médici/Funcionários (1), Nova República/João Paulo II (1)
	AS (2)	Colinas do Sul (1), Ernesto Geisel (1)	
III	USF (18)	Cidade dos Colibris (2), José Américo (2), Mangabeira (5), Paratibe (2) Planalto da Boa Esperança (1), Valentina (2)	Cidade Verde/Mangabeira (2), Parque do Sol/Valentina (1) e Santa Bárbara/Valentina (1)
	FPB (1)	Mangabeira (1)	
IV	USF (20)	Altos do Céu (4), Bairro dos Ipês (1), Ilha do Bispo (1), Jaguaribe (1), Mandacaru (3), Roger (2), Tambiá (1), Varadouro (1), Treze de Maio (1)	Cordão Encarnado/Trincheiras (2), Distrito Mecânico/Trincheiras (1), Matinha/Jaguaribe (2)
	CS (3)	Alto do Céu (1), Mandacaru (1) e Treze de Maio (1)	
	FPB (2)	Centro (1), Bairro dos Estados (1)	
V	USF (18)	Altiplano (1), Bancários (1), Bessa (1), Castelo Branco (1), Expedicionários (1), Jd. Cidade Universitária (1), Jd. São Paulo (1), Miramar (2), Penha (1), Portal do Sol (1), Manaíra/São José (1), Torre (2)	Timbó/Bancários (2), Santa Clara/Castelo Branco (1) e São Rafael/Castelo Branco (1)
	CS (2)	Manaíra (1) e Unidade de Saúde das Praias/Tambaú (1)	
	SAD (1)	Tambauzinho (1)	
	CR (1)	Torre	

Fonte: SMS – JOÃO PESSOA (2016)

No ano de 2016 em João Pessoa, o atendimento da atenção básica nos distritos sanitários conta com 186 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídos nas mais de 100 USF, que realizam visita familiar. Ademais, tem ainda 34 Núcleos de Atendimento à Saúde da Família (NASF), formada por 177 profissionais

distribuídos em 34 equipes, formadas por educadores físicos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais. O NASF está presente nos cinco Distritos Sanitários do município, atuando em USF, hospitais, centros de especialidades e as unidades de práticas educativas (SMS – JOÃO PESSOA, 2016).

Quanto ao Projeto João Pessoa Vida Saudável, sua execução ocorre em 25 bairros de todos os Distritos Sanitários do município, em equipamentos públicos como praças, centros culturais e USF (Tabela 79).

Tabela 79 – Distribuição Territorial do Projeto João Pessoa Vida Saudável

DISTRITO SANITÁRIO	LOCAIS E BAIROS
I	Alto do Mateus – Praça das Mangueiras Costa e Silva – Praça Dona Nalva Cruz das Armas – Rua Estevão D'vila e USF Cruz das Armas VII e XI Esplanada – Praça Prof. Adolfo Oitizeiro – Praça Dr. Lauro Wanderley
II	Cristo Redentor – Praça Erasmo Lucena e USF Espaço Saúde Ernesto Geisel – USF Geisel II Funcionários – Praça Manoel Pereira Júnior (Bela) Gramame/Gervásio Maia – Praça da Esperança Rangel – Praça da Amizade
III	Mangabeira – Centro Cultural Tenente Lucena e Praça Ellen Lucy (Coqueiral) Valentina – Praça Soares Madruga
IV	Alto do Céu – USF Integrada Jaguaribe – Praça Aquiles Leão (Onze) Mandacaru – Praça da Cultura e Residência Terapêutica Feminina Padre Zé – Praça da Conquista Tambiá – Residência Terapêutica Mista Treze de Maio – Praça Assis Chateaubriand
V	Bancários – Praça da Paz Bessa – Praça Djalma Gomes da Fonseca (Praça do Caju) Castelo Branco – Praça Nossa Senhora da Paz Manaíra – Praça Alcides Carneiro São José – USF Integrada Tambaú – Praça da Gameleira Torre – Praça São Gonçalo (Tiradentes) e USF Torre II

Fonte: SMS – JOÃO PESSOA (2016)

Ao todo, são 30 locais onde é executado o projeto, pois há bairros com mais de um equipamento, como Mangabeira, Torre, Cruz das Armas, Cristo Redentor e Mandacaru. De um modo geral, a gestão territorial tem sido eficiente na oferta do serviço, porém no Distrito Sanitário II há um número reduzido de bairros atendidos. Desse modo, a SMS deve avaliar as áreas não cobertas de modo a permitir que mais idosos, e a população como um todo, tenham acesso ao projeto.

Outro programa da SMS, o Grupo de Convivência de Idosos também está presente em todos os Distritos Sanitários. Na Tabela 80 apresenta-se a distribuição

territorial do programa, destacando os bairros, a quantidade de grupos e idosos atendidos, bem como a média por grupo em cada distrito, relativa ao ano de 2016.

Tabela 80 – Distribuição Territorial dos Grupos de Convivência da Secretaria de Saúde de João Pessoa

Distrito Sanitário	Bairros	Nº de Grupos	Nº de Idosos Atendidos	Média
I	Alto do Mateus, Bairro das Indústrias, Bairro dos Novais, Costa e Silva, Cruz das Armas, Ernani Sátiro, Esplanada, Funcionários I, Jd. Planalto.	26	659	27
II	Colinas do Sul, Cristo, Funcionários II, Geisel, Gramame, Grotão, João Paulo II, Rangel, Varjão	19	682	36
III	Cidade do Colibris, José Américo, Mangabeira, Planalto da Boa Esperança, Valentina.	15	409	27
IV	Alto do Céu, Jaguaribe, Ilha do Bispo, Mandacaru, Roger, Tambiá, Treze de Maio, Trincheiras, Varadouro	20	543	27
V	Altiplano Cabo Branco, Castelo Branco, Expedicionários, Jardim Cidade Universitária, Miramar, Penha, Portal do Sol, São José, Torre	12	250	21
Total	41	92	2543	28

Fonte: SMS – JOÃO PESSOA (2016)

No âmbito geral, o programa está presente em 41 dos 71 bairros, uma proporção de 57,7%. Este resultado mostra que quase metade do território municipal não é atendida. Pode ocorrer que os idosos sejam atendidos por outros grupos no Clube da Pessoa Idosa, CAISI e dos CRAS. Outrossim, tem um espaço amplo descoberto por uma política de prevenção da saúde. Por Distrito Sanitário (DS), a cobertura tem a seguinte configuração: DS (9 bairros, 64,3%), DS II (9 bairros, 90%), DS III (5 bairros, 62,5%), DS IV (9 bairros, 64,3%) e DS V (9 bairros, 36%). Dois DS estão diametralmente opostos, o II com maior cobertura e composto por bairros mais periféricos e o V, com menor cobertura e onde se localizam os bairros mais desenvolvidos e próximos da orla da capital.

Mas a prevenção de saúde do idoso por meio de atividades em grupo de convivência não pode se restringir à população mais pobre, e deve ser estendida a todas as áreas da cidade. Há idosos de classes média, média alta e alta que necessitam participar desses grupos não por uma questão financeira, e sim, por necessidade de socialização e bem estar cognitivo. A questão central é estrutura e recursos financeiros para formar e atender os grupos, de forma continuada, diante de orçamentos restritos nos municípios.

No total, são 2543 idosos atendidos em 92 unidades, sendo 28 a média geral de idosos por grupos. No entanto, há uma grande variação, o qual identificou um grupo com oito idosos no grupo da USF Miramar (DS V) e os maiores, com 65, nas

USFs Cidade dos Colibris (DS III) e Cristo Redentor (DS II). É importante que se estabeleça um número adequado (mínimo e máximo) que justifique os investimentos realizados, mas também a produtividade em grupo. Para isso, é necessário realizar uma pesquisa de avaliação das atividades realizadas com variações no quantitativo a fim de identificar a quantidade ideal.

Os grupos de idosos também estão presentes nas comunidades, como Nova Conquista no Alto do Mateus, Cidade Verde no Bairro das Indústrias, Bela Vista no Cristo, Cidade Verde em Mangabeira, Frei Damião no Valentina, Matinha em Jaguaribe, Distrito Mecânico nas Trincheiras e São Rafael no Castelo Branco. Isso demonstra que o poder público municipal tem incluído nas decisões o fator social e econômico da população que mais necessita dos serviços públicos de saúde.

Quanto ao município de Cuiabá, a gestão territorial de saúde ocorre por meio de Regionais de Saúde, Norte, Sul, Leste Oeste que segue a mesma distribuição geográfica dos bairros por região (Tabela 67), mais a regional Zona Rural, que englobam as localidades de Aguaçu, Nossa Senhora da Guia e Rio dos Peixes. Nas regionais urbanas, incluem os bairros e as localidades de expansão urbana.

Em 2016, as Unidades de Atenção Especializada de Saúde Secundária e Terciária (ou Média e Alta Complexidades) estão localizadas nas quatro regionais urbanas: Norte (6 unidades, 23,1%), Sul (6 unidades, 23,1%), Leste (10 unidades, 38,5%) e Oeste (4 unidades, 15,4%).

São 2 UPAs, 5 Policlínicas, 1 Clínica da Família, 1 SAE, 1 LACEC, 3 CAPS, 1 CIAPS, 2 Hospitais Municipais, 4 CO e 6 RT, totalizando 26 unidades. Ressalta-se que estão relacionadas apenas as que atendem os idosos, excluindo as unidades que atendem apenas crianças e adolescentes (Tabela 81). O Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), Hospital Geral Universitário (HGU), Hospital Santa Helena (conveniado ao SUS) e Santa Casa de Misericórdia (conveniado ao SUS) integram também a rede ambulatorial.

Na Regional Leste se localiza o maior número dessas unidades de saúde. Esse dado é justificado pela localização mais central dessa regional, facilitando o fluxo de pessoas e mobilidade urbana, que convergem em sua grande maioria para essa região. No que se refere a bairros, Grande Terceiro (Leste) e Cidade Alta/Verdão (Oeste) contemplam mais unidades.

Tabela 81 – Distribuição Territorial das Unidades de Saúde de Atenção Especializada (Média e Alta Complexidades) em Cuiabá

UNIDADE DE SAÚDE	BAIRROS e REGIONAIS
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Morada do Ouro (Regional Norte) e Pascoal Ramos (Regional Sul)
Policlínica	Cidade Alta/Verdão (Regional Oeste), Coxipó, Pascoal Ramos e Pedra 90 (Regional Sul), Planalto (Regional Leste)
Clínica da Família	CPA II/Morada da Serra (Regional Norte)
Serviço de Assistência Especializada (SAE)	Grande Terceiro (Regional Leste)
Laboratório Central de Cuiabá (LACEC)	Grande Terceiro (Regional Leste)
Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)	CPA IV/Morada da Serra (Regional Norte), Jardim Paulista e Jardim Europa (Regional Leste)
Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS)	Coophema (Regional Sul)
Hospital	Pronto Socorro de Cuiabá no Bairro Bandeirantes (Regional Leste) e São Benedito no Bairro Quilombo (Regional Oeste)
Clínica Odontológica (CO)	Cidade Alta/Verdão (Regional Oeste), CPA III/Morada da Serra (Regional Norte), Coxipó (Regional Sul) e Jd. Leblon (Regional Leste)
Residência Terapêutica (RT)	Carumbé (Regional Leste), Cidade Alta/Verdão (Regional Oeste) CPA II/Morada da Serra (Regional Norte), Grande Terceiro (Regional Leste), Jd. Tropical (Regional Leste), Morada da Serra (Regional Norte)

Fonte: SMS – CUIABÁ (2016)

As 2 UPAs de Cuiabá, sendo a última inaugurada em 2016 (bairro Pascoal Ramos), funcionam 24 horas e resolvem grande parte das urgências e emergências, diminuindo o fluxo no atendimento da alta complexidade em hospitais. O número reduzido de UPA é compensado pelas 5 unidades de Policlínicas, que atendem também os casos de urgência e emergência. A Clínica da Família, instalada no CPA II conta com um NASF e objetiva colaborar com a UPA Morada do Ouro, que tem alto índice de atendimento.

No Serviço de Assistência Especializada (SAE), há o acolhimento, tratamento e acompanhamento de pacientes soropositivos, além de ações de prevenção e tratamento de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). O CAPS oferece serviço ambulatorial integrado a uma rede de atenção em Saúde, com múltiplos profissionais (médicos, assistentes sociais, educadores físicos, dentre outros), a fim de promover a reabilitação psicossocial. Nas Residências Terapêuticas, atualmente tem 48 pessoas oriundas de internação de longa permanência nos hospitais psiquiátricos (SMS – CUIABÁ, 2016).

A Atenção Básica de Saúde em Cuiabá é composta por 85 unidades em 2016, assim distribuídas: 67 Unidades Saúde da Família (USF) e 18 Centros de Saúde (CS). Acrescenta-se ainda 6 Centros de Especialidades Odontológicas

(CEO), 4 Farmácias Popular do Brasil (FAB) e 1 Consultório de Rua no atendimento à saúde do idoso (Tabela 82).

No geral, são 96 unidades nas cinco categorias de serviços existentes, assim distribuídas nas regionais: Norte (19 unidades, 19,8%), Sul (28 unidades, 29,2%), Leste (29 unidades, 28,1%), Oeste (19 unidades, 19,8%) e Rural (3 unidades, 3,1%). Os dados indicam dois grupos territoriais, com aproximadamente a mesma quantidade de unidades: as regionais Norte/Oeste, e Sul/Leste. Estas últimas se caracterizam como as mais populosas, maior número de bairros e extensão territorial, fatores que podem explicar esse panorama. Na média geral, excluindo a zona rural, tem-se 23 unidades por regionais.

As USF e CS estão distribuídas nas seguintes proporções nas regionais: Norte (16 unidades, 18,8%), Sul (25 unidades, 29,4%), Leste (23 unidades, 27,1%), Oeste (18 unidades, 21,2%) e Rural (3 unidades, 3,5%). As regionais Sul e Leste têm maior número de unidades, e são as maiores regiões em número de bairros e em extensão territorial, fatores estes que podem justificar essa cobertura dos programas de saúde. Frisa-se ainda a presença em localidades, como Jardim União, no CPA, Novo Milenium (São João Del Rey), Renascer (Jd. Itália) e Jd. Araçá (Barra do Pari).

O município tem 119 bairros e quatro Áreas de Expansão Urbana (AEU), totalizando 123 territórios urbanos. As USF e CS estão presentes em 51 bairros e quatro AEU, correspondendo a 44,7% de toda a macrozona urbana. Por regionais de saúde, a cobertura ocorre da seguinte forma nos bairros/localidades e AEU: Norte (9; 81,8%), Sul (13; 36,1%); Leste (20; 40%) e Oeste (13; 50%). Os resultados demonstram que apenas a Regional Norte tem uma ampla cobertura. A Regional Sul, com maior expansão territorial e composta por bairros, em sua maioria, de renda média à baixa, é a menos atendida. Nesse sentido, a saúde pública em Cuiabá tem um espaço extenso a ser ocupado, e no aspecto do envelhecimento a gestão pública deve avaliar onde expandir essas políticas para mais próximo dessa população.

Reforça nesse ponto a obrigatoriedade legal sobre a prioridade no atendimento aos idosos nas unidades de saúde, conforme Lei Municipal n. 4.399/2003, Lei Federal n. 10.048/2000 e o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2003).

Tabela 82 – Distribuição Territorial das Unidades de Saúde de Atenção Básica em Cuiabá

REGIONAL	UNIDADE (QTD.)	BAIRROS (QUANTIDADE)	LOCALIDADES/BAIRROS (QUANTIDADE)
Norte	USF (13)	Jd. Florianópolis (1), Jd. Vitória (3), Paraíso (2), Primeiro de Março (1), Três Barras (1)	Jd. União/CPA (1), Ouro Fino/Morada da Serra (1), João Pinheiro/1º de Março (1), Jd. Umuarama-Altos da Glória/Três Barras (1), Serra Dourada* (1).
	CS (3)	Paiaguás (1)	CPA III e IV/Morada da Serra (2)
	CEO (1)	Jd. Vitória (1)	
	FPB (2)	Morada da Serra (1)	CPA IV/Morada da Serra (1)
Sul	USF (21)	Jd. Fortaleza (1), Jd. Industriário (2), Nova Esperança (2), Osmar Cabral (1), Parque Atalaia (2), Pedra 90 (6), Residencial Coxipó (3), Santa Laura (1), São João Del Rey (1)	Jd. Liberdade/Jd. Fortaleza (1), Novo Milenium/São João Del Rey (1)
	CS (4)	Cohab São Gonçalo (1), Jd. Imperial (1), Parque Cuiabá (1), Tijucal (1)	
	CEO (3)	Osmar Cabral (1), Pascoal Ramos (1), Tijucal (1)	
Leste	USF (19)	Areão (1), Baú (1), Bela Vista/Carumbé (1), Campo Velho (1), Canjica (1), Dom Aquino (1), Grande Terceiro (1), Lixeira (1), Novo Horizonte (1), Novo Mato Grosso (1), Pedregal (2), Praeiro (1), Terra Nova (1)	Renascer/Jd. Itália (1) Altos da Serra* (2), Dr. Fábio* (2)
	CS (4)	Jd. Leblon (1), Pico do Amor (1), Planalto (1)	Várzea Ana Poupina/Terceiro (1)
	CEO (2)	Dom Aquino (1) e Planalto (1)	
	FPB (1)	Bandeirantes (1)	
	CR (1)	Grande Terceiro (1)	
Oeste	USF (11)	Despraiado (2), Jd. Araçá, (1) Novo Colorado (2), Ribeirão da Ponte (1), Ribeirão do Lipa (1), Santa Isabel (3)	Santa Amália/Barra do Pari (1)
	CS (7)	Alvorada (1), Cidade Alta (1), Cidade Verde (1), Novo Terceiro (1), Quilombo (1).	Jd. Independência/Cidade Verde (1), Sucuri* (1)
	FPB (1)	Centro-Sul (1)	
Zona Rural	USF (3)		Aguaçu (1), Nossa Senhora da Guia (1), Rio dos Peixes (1)

*Área de Expansão Urbana; Fonte: SMS – CUIABÁ (2016)

No município de Cuiabá, em 2016, estava em funcionamento o Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (NASF), na Regional Norte e outra em fase de implantação na Regional Leste. A meta é implantar ao menos uma equipe em cada regional. O NASF atua nas USF com a finalidade de apoiar a consolidação da atenção básica e ampliar a oferta dos serviços na rede, bem como integrada às 66 Equipes Saúde da Família (ESF), equipe de atenção básica para populações específicas (consultório da rua, ribeirinhas e fluviais), e Programa Academia de Saúde (SMS – CUIABÁ, 2016).

Abaixo apresenta-se o comparativo sobre a gestão de território nas unidades de saúde nos municípios de João Pessoa e Cuiabá (Tabela 83), que refletem na execução das políticas públicas nessa área.

Tabela 83 – Comparativo da Gestão Territorial nas Unidades de Saúde de João Pessoa e Cuiabá

Variável	João Pessoa	Cuiabá
Divisão Territorial	Cinco Distritos Sanitários (I, II, III, IV e V)	Cinco Regionais (Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural)
Nº de Categorias de Unidades de Atenção Especial em Saúde	12	10
Nº Total de Unidades de Atenção Especializada	25	26
Unidades de Atenção Especializada Comuns	Unidade de Pronto Atendimento, Laboratório Central, Centro de Apoio Psicossocial, Hospitais, Centros Odontológicos	
Unidades de Atenção Especializada Específicas	CAIS, PASM, CPIC, CRIMPD e CTA	Clínica da Família, CIAPS, SAE e Policlínicas
Unidade de Atenção Especializada para Idosos	CAISI – Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso	NÃO
Território com maior nº de Unidades de Atenção Especial	DS III (8 unidades, 36%)	Regional Leste (10 unidades, 38,5%)
Nº de Categorias de Unidades de Atenção Básica em Saúde	6	5
Nº Total de Unidades de Atenção Básica	115	96
Unidades de Atenção Básica Comuns	Unidade Saúde da Família (USF), Centro de Saúde (CS), Farmácia Popular do Brasil (FPB) e Consultório na Rua (CR)	
Unidades de Atenção Básica Específicas	Academia de Saúde e Serviço de Atendimento Domiciliar	Centro de Especialidade Odontológica
Território com maior nº de Unidades de Atenção Básica	DS I (29 unidades, 25%)	Regional Sul (28 unidades, 29,2%)
Média de Unidades da Atenção Básica por Território de Saúde	23 unidades	23 unidades*
Nº de USF e CS	106	85
Cobertura Geral das USF e CS nos Bairros	51 bairros (71,8%)	51 bairros e 4 Áreas de Expansão Urbana (44,7%)
Territórios com Maior e Menor Cobertura das USF e CS	DS II (10 bairros, 100%) e DS V (14 bairros, 56%)	Norte (9 bairros, 81,8%) e Sul (13 bairros, 36,1%)
Nº de NASF e ESF	34 e 186, respectivamente	1 e 66, respectivamente

*Considerou apenas as regionais urbanas (Norte, Sul, Leste e Oeste)

Fontes: SMS – JOÃO PESSOA (2016) e SMS – CUIABÁ (2016)

Os municípios de João Pessoa e Cuiabá delimitaram a mesma quantidade de territórios na gestão das unidades de saúde (atenção básica e especializada). No entanto, no primeiro foram criados os Distritos Sanitários, com sede administrativa, enquanto no segundo segue os princípios de divisão regional administrativa. Não obstante, mais do que a divisão, é preciso que a população local, associações de bairros e outros atores conheçam, participem, identifiquem e legitimem esse processo territorial. Como afirma Santos (2009), nos territórios de saúde deve-se analisar as suas especificidades e diversidades, assim como a organização social dos atores territoriais que se mobilizam para desenvolver programas e projetos em benefício da população local.

No segmento da Atenção Especializada (Média e Alta Complexidades), os municípios apresentam semelhança quanto ao número de categorias das unidades (por exemplo, saúde mental, urgências e emergências, saúde bucal) e o total de unidades que ofertam os serviços de saúde. Há unidades em cada território delimitado, sendo que os territórios mais centrais e populosos reúnem o maior número delas.

Na Atenção Básica, identifica-se similaridades e diferenças entre os municípios na gestão dos territórios. Com aproximadamente a mesma quantidade de categorias de saúde (por exemplo, USF, CS, FPB), o município de João Pessoa tem uma cobertura maior nesse segmento, seja no número total de unidades, seja no número de USF e CS, responsáveis pela maior abrangência geográfica da atenção básica. Analisando o total das unidades, os municípios disponibilizam a maior parte nos territórios com menor poder aquisitivo.

Quanto à cobertura nos territórios, o maior índice ocorre naqueles com o menor número de bairros, nos dois municípios. Por outro lado, a menor cobertura em João Pessoa está no território com maior número de bairros, a maioria de renda média à alta. Em Cuiabá, por outro lado, está no território com o segundo maior número de bairros, sendo a maioria de renda média à baixa. Observa-se que 71,8% dos bairros de João Pessoa são cobertos pelas USF e CS, e em Cuiabá o índice é de 44,7%. Para Santos (2009), essa forma de gestão territorial pode gerar espaços encobertos, podendo ocorrer a omissão do poder público e a não universalização da saúde, prevista na Constituição Federal de 1988.

É possível notar que a delimitação, característica dos territórios, prevalece em relação ao significado de lugar, relacionado à identidade cultural (SANTOS, 2009). A formação tem como fundamento básico, nesses municípios, oportunizar melhores condições administrativas das unidades de saúde e das políticas e programas desenvolvidos. Mas como são formados por muitos bairros, com uma diversidade econômica, social, cultural, histórica e natural, cada território delimitado se constitui de vários lugares. Desse modo, é uma dimensão importante a ser adotada na gestão, de modo a alcançar o desenvolvimento territorial.

Para ocorrer o desenvolvimento territorial, deve-se articular um conjunto de políticas, programas e projetos específicos (SANTOS, 2009), uma ação coletiva entre instituições e órgãos governamentais, respeitando os aspectos culturais, sociais e naturais (FINATTO e LENZ, 2012), uma interação geográfica e

institucional, assim como fatores econômicos (MEDREGO e BERDEGUÉ, 2015), uma abordagem multidimensional e transversal (GOULART *et al.*, 2010), e participação popular, territorialidade e intersetorialidade (CATTANI e FERRARINI, 2010).

Do exposto, em cada território de saúde dos municípios de João Pessoa e Cuiabá, deve-se intensificar a participação social nas decisões, seja direta ou indiretamente, por meio de associações civis e conselhos de saúde e do idoso. Pois houve mudanças em João Pessoa em 2015, com o reordenamento dos bairros, muitos migraram de distritos, as sedes tiveram seus endereços modificados, unidades de saúde (básica e especial) abertas e fechadas. Em Cuiabá, em 2016, uma nova sede da Secretaria de Saúde. Essas decisões administrativas devem ser discutidas para além das vantagens gerenciais, é preciso avaliar o impacto no acesso da população aos serviços de saúde.

Tudo isso para evitar o que afirmam Goulart *et al.* (2010) e Cattani e Ferrarini (2010), a fragmentação social e os programas inadequados devido à falta de articulação local com entidades da sociedade civil, e assim, superar os desafios locais mediante participação dos atores. Em João Pessoa, a ausência de representantes de idosos no Conselho Municipal de Saúde é um agravante nos aspectos apontados pelos autores.

4.4.4 Repercussão das Políticas junto aos Municípios Circunvizinhos

A escolha dos municípios de João Pessoa e Cuiabá para o estudo, além de se constituírem como capitais de seus respectivos estados (Paraíba e Mato Grosso), são centros urbanos com características de territórios metropolitanos (BERDEGUÉ *et al.*, 2015) e cidades históricas que estão intimamente ligadas aos municípios circunvizinhos. Por exemplo, os municípios de Cabedelo, Conde, Pitimbu, Alhandra e Santa Rita surgiram como povoados e depois distritos de João Pessoa. Bayeux e Lucena, por sua vez, eram distritos de Santa Rita. No Mato Grosso, as cidades de Jangada, Acorizal, Santo Antônio do Leverger, Nossa Senhora do Livramento, Chapada dos Guimarães e Várzea Grande eram todas pertencentes à Cuiabá.

Assim, são locais que mantêm uma ligação administrativa, política, geográfica, social, histórica e cultural com os municípios analisados. Atualmente, conforme discorrido na subseção 4.1.3, estão ligados às microrregiões também denominadas como João Pessoa e Cuiabá. Como afirma Brandão (2004), na análise

de territórios, é preciso inserir a cidade em seu contexto microrregional, mesorregional, estadual e nacional, dada a interdependência existente. Para Dallabrida e Becker (2008), cada região é uma especificação de uma totalidade de lugares (espaços), observado nas microrregiões dos territórios estudados. Estes, por sua vez, são construções sociais marcados por produção coletiva e densidade comunitária (BRANDÃO, 2004).

Desse modo, as políticas públicas desenvolvidas repercutem nesses municípios, aspecto evidenciado nos levantamentos juntos aos gestores, implementadores e técnicos. Segundo os presidentes dos conselhos do idoso, idosos de municípios vizinhos e até de outros mais distantes são atendidos em casas de abrigo, serviços de saúde, grupos de convivência, centros de convivência e ILPI.

Na área de saúde, a rede hospitalar atende a cidade de João Pessoa, além de cerca de 50% de usuários de regiões circunvizinhas e até de outros estados. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) atendem demanda das cidades da microrregião - Cabedelo Bayeux, Santa Rita, Lucena e Conde (SMS – JOÃO PESSOA, 2016). O mesmo ocorre em Cuiabá, se estendendo por todo o Estado de Mato Grosso e, sobretudo, no município de Várzea Grande, por sua proximidade geográfica.

Na área da assistência social, especialmente nas políticas do CRAS e CREAS, há demanda dos municípios vizinhos. No entanto, como afirmam os coordenadores e técnicos, são encaminhados às unidades de suas cidades porque é uma política nacional presente na maioria dos municípios brasileiros. Entretanto, os CREAS de Cuiabá atendem pessoas em estado de vulnerabilidade social dos municípios próximos, sobretudo na alimentação e abrigo. Nessa perspectiva, o Centro Pop e Abordagem Social-Ruarter, em João Pessoa, suas atividades chegam a Santa Rita, Bayeux e Cabedelo.

Dentre todas as políticas, o Clube da Pessoa Idosa de João Pessoa, e os Centro de Convivência para Idosos de Cuiabá, são os mais presentes nos municípios vizinhos. Por serem mais divulgados pela imprensa, secretaria de comunicação (SECOM) e pelos próprios usuários, e exclusivas nesses territórios em estudo, muitos idosos procuram os serviços disponíveis nessas unidades. Nos eventos, bailes e atividades de hidroginásticas são os mais procurados por idosos desses municípios das microrregiões. Em Cuiabá, segundo a coordenadora da

atenção básica, idosos de Várzea Grande não deveriam ser atendidos nos CCI. No entanto, muitos participam principalmente no Padre Firmo, pois no início não foi imposta nenhuma limitação quanto a isso.

A presença de idosos de outros municípios nos CCI, mesmo diante de decisões políticas e administrativas de restringir esses espaços aos limites territoriais, reforça o significado de lugar, definido por Santos (2009), como aquele identificado e fortalecido pelas comunidades locais, onde se constrói uma identidade cultural. Nos CCI, as atividades culturais são muito valorizadas pelos idosos, com a expressão da música, da dança e ritmos regionais.

Ademais, outras políticas tais como Alfabetização Melhor Idade, Projeto Amor e Mobilidade e Acessibilidade de Cuiabá beneficiam idosos de Várzea Grande, Chapada dos Guimarães e Santo Antônio do Leverger. Em João Pessoa, as atividades do Centro de Referência da Cidadania e Centro Intergeracional, bem como os eventos como São João do Idoso, são abertas aos idosos de Bayeux, Santa Rita, Cabedelo e Conde.

4.4.5 Institucionalização e Legitimação

A gestão pública requer legitimidade junto à população (MATIAS-PEREIRA). Para isso, a institucionalização é o instrumento capaz de tornar legítimos estruturas e processos, por meio de normas e regras (ROSSETO e ROSSETO). Esse conjunto de regras e procedimentos estabelece os meios e maneiras de se alcançar os resultados de determinadas ações (ROCHA, 2004). Com o envelhecimento populacional, os gestores públicos buscam essa legitimidade observando o que seus pares desenvolvem em termos de políticas públicas, utilizando-se do isomorfismo normativo, que institui um conjunto de normas e procedimentos relativos à determinada atividade (ROSSETO e ROSSETO, 1999; CARVALHO, VIEIRA e SILVA, 2012).

No estudo em João Pessoa e Cuiabá fica evidente a busca por essa institucionalização e legitimação com a criação dos conselhos do idoso. Estes têm suas normas e regras de funcionamento bem definidas, como a escolhas das instituições e órgãos representativos (governo e sociedade civil), as eleições dos membros, as plenárias e reuniões, cujo objetivo principal é consultar, deliberar, formular e controlar a respeito das políticas públicas de atenção ao idoso. Além disso, há clareza nas articulações junto ao Ministério Público, Delegacia do Idoso,

secretarias estaduais e municipais, ministérios, entidades como igrejas, universidades, conselhos de saúde e assistência social no desenvolvimento e acompanhamento das políticas públicas.

Outra instituição do município de João Pessoa que já estava consolidada e legitimada junto à sociedade e aos dirigentes públicos era o PAPI (Programa de Atenção à Pessoa Idosa), que funcionou de 2005 a 2013 como órgão executor das políticas do idoso. Em 2014, houve uma mudança em sua funcionalidade, criando-se o PAPPI (Programa de Atenção à Política Pública do Idoso), que está ainda em processo de legitimação e institucionalização.

As políticas da área de Assistência Social desenvolvidas nos CRAS, de acordo com todos os coordenadores consultados nos dois municípios, estão consolidadas e legitimadas, com normas e diretrizes, estabelecidas e institucionalizadas pelo Governo Federal, e principalmente, reconhecidas pela sociedade. Os programas que eram executados nos CRAS até 2013 foram transformados em serviços, com o reordenamento. Antes, como programa tinha duração pré-definida, ao se instituir como serviço tem maior poder de internalização e continuidade.

No entanto, alertam os coordenadores, as mudanças ocorridas com a fusão do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e Ministério do Desenvolvimento Agrário, em meados de 2016, podem refletir na política no futuro, em termos de recursos financeiros e estrutura, fragilizando os CRAS e sua continuidade. Em relação ao idoso, são políticas e ações afirmativas ainda em processo de formação e consolidação, ao contrário das crianças e adolescentes, que são mais abrangentes e visíveis.

Quanto aos CREAS, há procedimentos e regras bem definidos sobre como executar as políticas públicas para idosos e outros públicos em estado vulnerável, além das definições a respeito das articulações com outras instituições. Mas para os coordenadores, deve-se divulgar seu trabalho para a sociedade, que a entende apenas como uma filantropia, comprometendo seu valor. Por exemplo, os idosos atendidos não se restringem apenas àqueles de baixa renda, pois violação de direitos não é uma questão unicamente ligada à privação financeira. Ficou evidente que outros tipos de violência acometem idosos de todas as classes sociais.

Em João Pessoa, ainda na área social, os Centros de Referência da Cidadania (CRC) já estão legitimados no município, pois são unidades que

desenvolvem políticas públicas sociais desde 1998, significando a continuidade das mesmas ao longo de várias administrações municipais. Mas em relação aos programas executados no Centro Intergeracional Sinhá Bandeira, segundo a coordenadora, tem passado por dificuldades de legitimação perante a gestão pública, que não tem contribuído com seu funcionamento. Suas regras e procedimentos se fragilizam diante da administração pública e pela falta de um arranjo institucional mais forte capaz de recuperar muitas das atividades já desenvolvidas.

Em relação ao Centro de Convivência de Idoso do Estado da Paraíba localizado no Castelo Branco tem suas regras pautadas pelo Estatuto do Idoso, havendo aprimoramento de suas atividades, inclusão e eliminação de outras, mas já internalizado. Segundo a coordenação, os idosos beneficiários das políticas têm consciência que é dever do poder público oferecer os serviços. Por outro lado, falta ainda uma divulgação mais ampla junto à sociedade e articulação com instituições públicas, privadas e do terceiro setor, restringindo seu alcance social.

Em Cuiabá, na área Social, os CCI estão consolidados, com regras bem definidas e um arranjo institucional que permite funcionar e se legitimar. Mas para um amplo reconhecimento e legitimação junto à comunidade, sociedade e outros atores, falta divulgação mais efetiva. Constata-se que ainda tem influência das instabilidades políticas, das trocas de comando da chefia do executivo municipal, segundo os coordenadores e representantes do COMDIPI.

Quanto ao programa Alfabetização Melhor Idade vem sendo desenvolvido desde 2003, e está previsto, organizado, legalizado, autorizado e garantido no Plano Municipal de Educação e no Projeto Político Pedagógico das escolas gestoras e executoras. Sua consolidação é fundamental, pois permite aos idosos, acesso à educação, além de inclusão social e diversidade e liberdade para escolher as atividades.

Em relação ao projeto AMOR, executado pela Secretaria de Cultura, Esporte e Turismo, tem formato bem definido, objetivos bem focados, mas de acordo com os executores falta apoio institucional e estrutural da prefeitura para sua legitimação e continuidade. O gestor do projeto é o secretário adjunto, mas ainda falta um coordenador formal do projeto, para evitar que a rotatividade da pasta reflita negativamente no projeto. Prevalece uma ideia de idoso frágil, e atividades físicas são vistas como perigosas aos idosos, e esta cultura deve ser desconstruída para

que políticas e projetos dessa natureza sejam reconhecidas e legitimadas pela sociedade e poder público, evitando sua descontinuidade.

As políticas públicas de saúde do idoso em Cuiabá estão em construção, ainda em estágio de consolidação e institucionalização. O fato de se limitar à atenção básica e a descontinuidade do programa de atenção especializada demonstram que as regras e normas de funcionamento ainda são frágeis. Torna-se evidente a constituição de um ambiente e arranjos institucionais mais arrojados para a legitimação das políticas, diante da intensa transição demográfica em que passa o município. Em João Pessoa, nessa área, identifica-se maior legitimação das políticas, abrangendo a atenção básica e a especializada.

No cômputo geral, nas localidades em estudo, as regras e normas ainda não estão bem definidas sobre o funcionamento das políticas, programas, projetos e ações nas diversas áreas, pois são alteradas a cada mudança de governo, além de trocas nas equipes, comprometendo a continuidade das mesmas ou restringindo suas atividades.

4.5 Governança nas Políticas Públicas nos Municípios

Nesta seção discorre-se sobre a governança no contexto das políticas pública de atendimento ao idoso, contemplando os atores participantes, as condições inerentes ao funcionamento e configuração da estrutura de governança, assim como o papel da governança na efetividade e manutenção das políticas públicas.

A análise empírica está embasada nos fundamentos conceituais sobre ações colaborativas entre atores públicos e privados, em estruturas orientadas por transparência, prestação de contas, responsabilidades e legalidade, na solução dos problemas sociais (KISLLER e HEINDEMANN, 2006; MAYNTZ, 2011; EHLER, 2012; TRIANA e SAYAGO, 2013), poder e participação da sociedade (PINHO e SACRAMENTO, 2009; MATIAS-PEREIRA, 2010), diversidade de políticas públicas de atenção ao idoso e a interação entre o ambiente interno governamental e o ambiente externo que o circunda, constituído por organizações, instituições e indivíduos (SECCHI, 2009; RUNYA, QIGUI e WEI, 2015).

Amparando-se em Agranoff e McGuire (2001), levantou-se os principais atores participantes da estrutura de governança e da produção das políticas públicas, pois é a partir dessa participação que se permite a governabilidade para resolver os problemas públicos decorrentes do processo de envelhecimento. Nesse

sentido, avaliar a mudança do papel do Estado, tornando-se mais horizontal e menos monopolista a gestão das políticas públicas (SECCHI, 2009), e a interdependência entre os atores o principal instrumento de governo (ESTEVE, 2009).

4.5.1 Atores Estatais, Paraestatais e Não Estatais Presentes no Arranjo de Governança

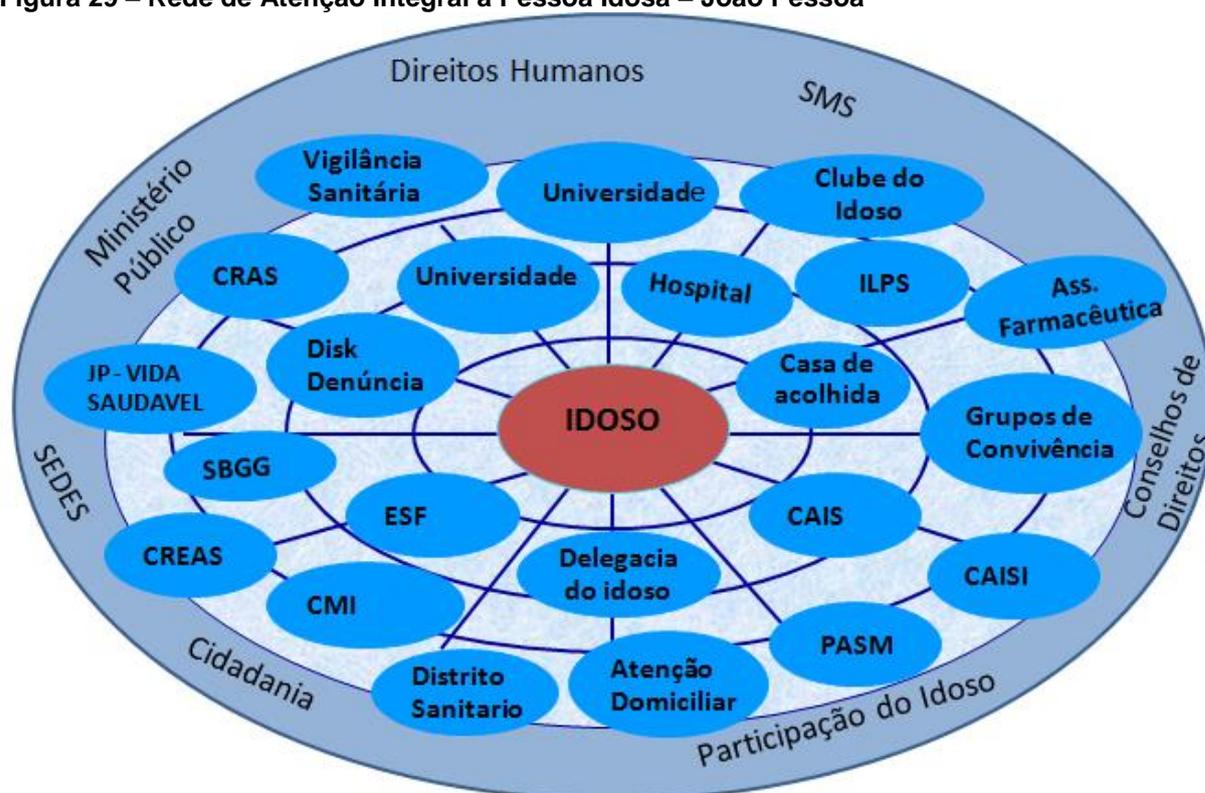
Um conjunto de atores estatais, paraestatais e não estatais participa do desenvolvimento das políticas públicas do idoso nos municípios estudados, de modo a fazer cumprir suas finalidades, respeitando os requisitos legais e de transparência, a prestação de contas dos resultados e, sobretudo, a abertura de espaço para o idoso participar direta ou indiretamente das decisões relativas às políticas. Esses atores promovem articulação entre si, contemplando redes de assistência social, saúde e outras áreas.

É possível observar que são elementos catalizadores nas diferentes dimensões no processo das políticas, desde o seu desenho até a execução, com a finalidade de solucionar os problemas sociais do idoso nos municípios (JANUZZI, 2014; PROCOPIUCK e FREY, 2009; ANDRADE, 2006). Também se identificam aqueles definidos como visíveis (Secretarias Municipais, Mídia, Conselhos do Idoso) e invisíveis (Universidades, Técnicos Burocratas, Idoso) no conjunto de atores nos territórios estudados (VIANA, 1996; CAPELLA, 2006; RAEDER, 2014).

Nos próximos parágrafos discorre-se por município sobre os atores presentes no arranjo de governança, destacando a atuação dos principais, bem como a análise da governança nas principais políticas públicas dirigidas aos idosos.

Em João Pessoa – PB, a Secretaria Municipal de Saúde definiu uma Rede de Atenção Integral à Pessoa Idosa, formada por atores no nível macro (Ministério Público, Conselhos de Direitos, SEDES, SMS, Direitos Humanos, Cidadania e Participação do Idoso), outros no nível micro (CREAS, CRAS, CAISI, Delegacia do Idoso), tendo como núcleo central o idoso. A Figura 29 mostra a rede com todos os atores integrados, nas áreas de saúde, assistência social, segurança, educação, lazer e convivência, pesquisa científica, direito, acolhimento.

Figura 29 – Rede de Atenção Integral à Pessoa Idosa – João Pessoa



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – João Pessoa

Para uma efetiva e transparente política pública de atenção ao idoso, é importante que se forme uma rede assistencial integrando vários setores e aspectos. Na rede, conforme Lopes e Baldi (2009), é possível entender as relações entre os atores, os movimentos de cada um, o papel que exercem e os resultados pretendidos. A integração entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Desenvolvimento Social (SEDES) e suas unidades como CRAS e CAISI, alocadas no nível macro da rede, mostra a importância da intersectorialidade entre duas áreas fundamentais no contexto da política do idoso. Isto não significa que o papel de atores como Universidades, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e Instituições de Longa Permanência para Idosos não seja relevante. É um sistema em que todos são importantes para o resultado final.

A partir da Figura 29 e das entrevistas de campo, relaciona-se na Tabela 84 a tipologia dos atores que compõem o arranjo de governança nas políticas públicas do idoso. Com base nas entrevistas, os atores mais citados foram, na ordem: Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI), Ministério Público (MP), Sociedade Civil, Idosos, Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS).

Tabela 84 – Tipologia dos Atores que Compõem o Arranjo de Governança nas Políticas Públicas do Idoso em João Pessoa

ATOR	Tipologia
Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI)	Paraestatal
Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDDPI)	Paraestatal
Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI)	Paraestatal
Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS)	Paraestatal
Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS)	Paraestatal
Conselho Municipal de Saúde (CMS)	Paraestatal
Programa de Atenção à Política da Pessoa Idosa (PAPPI)	Estatual
Ministério da Saúde (MS)	Estatual
Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)	Estatual
Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES)	Estatual
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Estatual
Secretaria Municipal de Comunicação (SECOM)	Estatual
Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano (SEDH)	Estatual
Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)	Estatual
Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS)	Estatual
Ministério Público (MP)	Estatual
Delegacia do Idoso	Estatual
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Estatual
Clube da Pessoa Idosa	Estatual
Vigilância Sanitária	Estatual
Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS)	Estatual
Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI)	Estatual
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Estatual
Técnicos Burocratas	Estatual
Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Não Estatal
Organizações do Terceiro Setor	Não Estatal
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)	Não Estatal
Grupos de Convivência de Idosos	Não Estatal
Mídia (Imprensa)	Não Estatal
Conselhos de Classe (COREN, CRP, CRESS, CRM, CREA)	Não Estatal

Fonte: Documentos da SEDES, SMS, Entrevista do autor (2016).

O Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI) é o mais importante ator, pois é o responsável direto pela formulação e acompanhamento das políticas. Mas para isso, deve ser independente e não subordinado a governos. Sua atuação consiste em fiscalizar entidades de atendimento a pessoa idosa, registrar instituições e órgãos que prestam atendimento ao idoso, receber denúncias por telefone ou presencial, realizar visitas domiciliares para averiguação de denúncias, fiscalizar as ILPIs, registrar ocorrências, realizar encaminhamentos, promover articulação com outros atores como CRAS, CREAS, SMS, Ministério Público, Delegacia do Idoso e ILPI, promover discussões, informações, aprovação e deliberação de assuntos pertinentes à qualidade de vida, exercícios da cidadania e inclusão social do idoso.

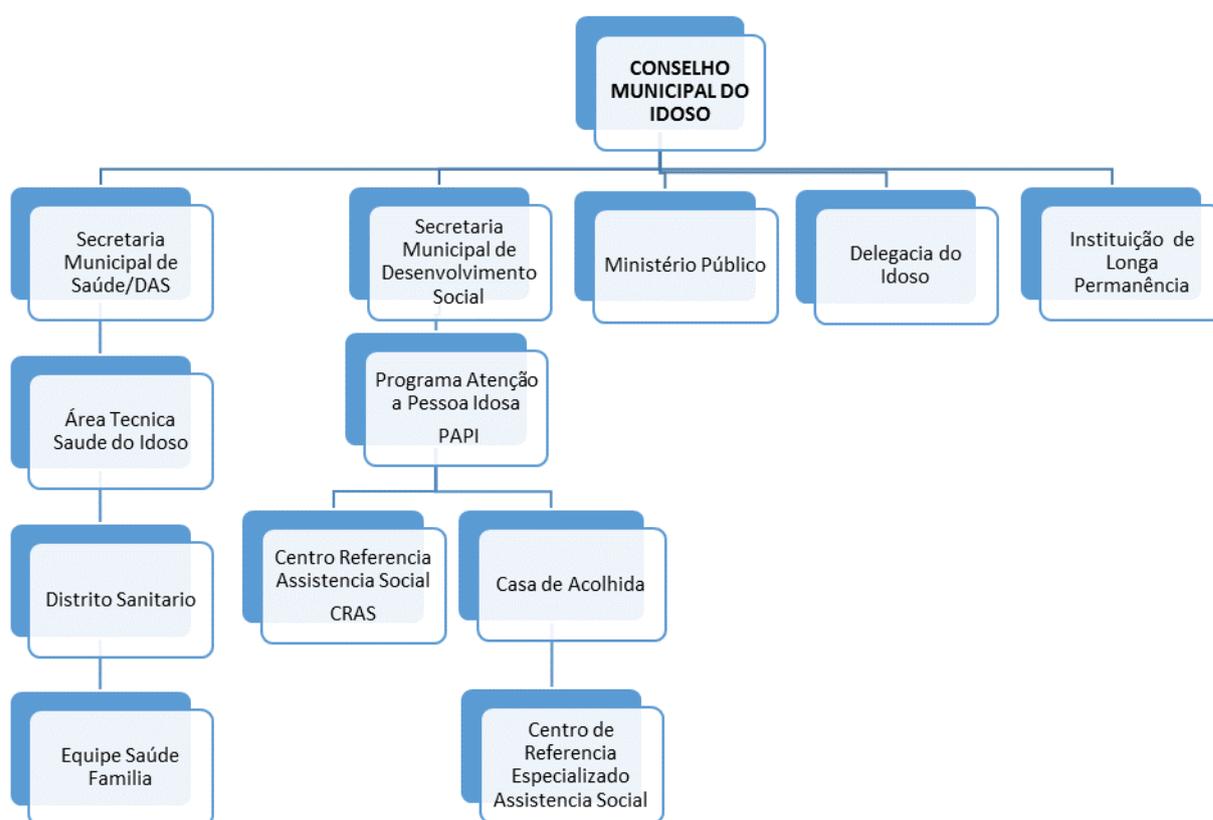
Para membros do CMDI, a fiscalização das políticas executadas nas instituições públicas e privadas deve contemplar não apenas os aspectos administrativos e técnicos, mas também o afetivo, que corresponde à forma como o idoso é atendido e recebido nessas instituições. Para isso, é necessário que a

população informe seja por denúncias, sugestões e reclamações, a fim do poder público municipal melhorar o atendimento ao idoso. Em relação às denúncias, o bairro de Mangabeira é onde ocorre a maioria dos casos de maus tratos e violência, como a física, psicológica e exploração financeira, em todas as classes sociais.

Há casos no CMDI de violência e desrespeito contra o idoso no trânsito, instituições bancárias e no transporte coletivo. Neste último, houve uma diminuição no último ano nos casos de infração aos direitos da pessoa idosa a partir de treinamento de motoristas e cobradores sobre como atender o idoso.

Na Figura 30 está um fluxograma do atendimento ao idoso vítima de violência no município de João Pessoa, demonstrando a articulação entre os atores na execução da política e, principalmente, no controle e funcionamento da mesma.

Figura 30 – Fluxograma de Atendimento ao Idoso Vítima de Violência em João Pessoa



Fonte: Programa de Atenção à Política da Pessoa Idosa (PAPPI) – João Pessoa.

O fluxograma acima demonstra o protagonismo do CMDI no arranjo institucional de governança nas políticas públicas de atendimento ao idoso. Assim como na Figura 28, relativa à rede de atenção integral à pessoa idosa, a SMS e SEDES se destacam, com suas unidades de atendimento, além da atuação do Ministério Público, Delegacia do Idoso e das Instituições de Longa Permanência, para onde são levados, em último caso, as vítimas de violência e abandono.

Quanto ao Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDDPI), exerce a supervisão, acompanhamento, fiscalização e avaliação da Política Pública do Idoso, no âmbito estadual e municipal, em ILPI, Centro de Convivência do Idoso, Clube da Pessoa Idosa, Unidades Saúde da Família e demais unidades públicas de assistência social e social. Em conjunto com o Ministério Público, Delegacia do Idoso, Secretaria Estadual de Desenvolvimento Humano (SEDH) e os Conselhos de Classes e Conselhos de Direitos (Idoso, Saúde, Assistência Social) foram comitê de monitoramento. A denúncia é a principal insumo de entrada para desencadear o processo de fiscalização e acompanhamento. No entanto, há também um calendário prévio das atividades a serem realizadas.

Já o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) realiza o Controle Social, que significa o exercício democrático de acompanhamento da Gestão e avaliação da Política de Assistência Social. Como instrumentos de democratização das decisões públicas, utiliza-se da Audiência Pública, Reunião Ampliada, Conferência e Fórum de Debate. Para tornar públicas as decisões do colegiado são adotadas as medidas (CMAS – JOÃO PESSOA):

- *Deliberação*: ato administrativo de controle, por meio do qual o Colegiado decide sobre um tema ou questão, após exame e discussão;
- *Recomendação*: manifestação opinativa pela qual os órgãos consultivos da administração expressam seu entendimento sobre os assuntos de cunho técnico ou jurídico;
- *Resolução*: ato por meio do qual os Conselhos manifestam suas decisões. A Resolução é um ato administrativo editado por órgãos públicos dotados de capacidade deliberativa e tem força de lei;
- *Notificação*: ato administrativo de controle que se expressa através da notificação de ações a serem adequadas conforme estabelecido nas normas e diretrizes sociais do Plano Nacional de Assistência.

O CMAS – João Pessoa acompanha, fiscaliza e monitora a partir do cadastro das instituições, que são 29 governamentais e 58 não governamentais, totalizando 87, vinculadas à SEDES. Dessas, algumas são exclusivas aos idosos, como as IPLI. São realizadas visitas técnicas, emissão de relatórios lidos e registrados em atas de reuniões e são elaborados planos de ação das entidades a cada dois anos. Há apoio institucional de outras secretarias, principalmente quando envolve moradores de rua ou em risco em moradias, como Saúde (SMS), Meio Ambiente (SEMAM), além do SECS, que fiscaliza os alimentos e ONG que atendem e defendem idosos em risco social.

O PAPPI é um órgão que acompanha, monitora e fiscaliza a política do idoso em toda a rede, nas três esferas (básica, especial média complexidade e especial alta complexidade), nas áreas de saúde e assistência social e outras que desenvolvam políticas públicas. Para isso, tem uma equipe composta por uma coordenação, assistente administrativo, assistente social e duas psicólogas que acompanham os trabalhos nos CRAS, CREAS, ILPI, USF, CAISI e outras instituições que atuam com idosos, como a Emlur. Para a coordenadora, a equipe é reduzida para atender aos serviços do PAPPI. Todos os profissionais têm especialidade em gerontologia e são conhecedores das leis e direitos do idoso. Apesar disso, as políticas ainda são insuficientes para atender esse segmento.

Ademais, participa de reuniões nas redes de assistência, busca dados nos bancos sobre violência e mau tratos aos idosos. No controle e transparência, encaminha relatórios para a vigilância assistencial e Diretoria de Assistência Social (DAS) e define as ações as serem executadas para resolver os problemas encontrados. A maior demanda ocorre na média complexidade, na violação de direitos em todas as classes sociais, sendo a violência patrimonial a mais intensa. Na atenção básica, capacitação de técnicos e idosos sobre seus direitos e como melhorar a qualidade de vida. Na especial (alta complexidade), atua na institucionalização dos idosos junto ao Ministério Público, CMDI e Delegacia do Idoso na busca de vaga.

Identificou-se entre os entrevistados a ausência e participação da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), apesar de seu assento no CMDI. Os integrantes da sociedade civil, de um modo geral, precisam entender o seu poder junto aos conselhos, sua força institucional para tomar decisões conjuntas. As associações de

bairros, por exemplo, deveriam participar, pois conhecem seus territórios, as necessidades dos idosos em cada bairro.

A sociedade civil e o idoso, à medida que ficam mais empoderados e conscientes da problemática do envelhecimento e dos direitos garantidos por lei, tornam elementos importantes na transparência das decisões tomadas desde a definição da agenda pública até a execução das políticas, programas, projetos e ações. Mas para isso, precisam de representantes nos conselhos (idoso, saúde, assistência social), conforme identificado no estudo. Entre os pesquisados, há um consenso que o idoso que participa das atividades nos CRAS, Clube da Pessoa Idosa, Centro de Convivência e Unidades Saúde da Família (SUF), e dos eventos e palestras, está mais consciente e atuante em relação aos seus direitos.

A questão crucial é o idoso não atendido por essas políticas, muitos desconhecem até mesmo o Estatuto do Idoso. Nesse sentido, a imprensa (mídia) e as secretarias de comunicação dos municípios devem divulgar mais para o idoso e a sociedade informações sobre seus direitos, as políticas e programas desenvolvidos, as unidades e órgãos públicos que desenvolvem ações voltadas a esse estrato populacional. Com uma ação mais efetiva, um grupo maior de idosos terá condições de participar mais e cobrar do poder público.

O problema, segundo os entrevistados, é que a imprensa dá ênfase a casos específicos, como a Semana do Idoso e em situações de denúncias em ILPI e CRAS. Não há um interesse maior em divulgar fatos positivos realizados pelas instituições. Além disso, outros atores devem levar as demandas do idoso até a gestão pública, e acompanhá-las, como o SESC, grupos de convivência, entidades de proteção ao idoso.

Quanto à sociedade, os sujeitos da pesquisa afirmam que ainda está muito alheia à questão do idoso, em relação às políticas e programas que asseguram seus direitos. São comuns os comportamentos sociais que não respeitam os assentos em transportes coletivos para idosos e motoristas que não param quando estão apenas idosos nos pontos. Nesse sentido, há uma longa trajetória para mudar essa realidade, para isso deve haver mais interação entre a imprensa, poder público e organizações da sociedade civil de modo a sensibilizar as pessoas e mudar atitudes e comportamentos.

Do exposto, observou-se como os atores atuam na governança de políticas como as desenvolvidas nos CRAS, CREAS e ILPI. O Conselho Municipal dos

Direitos do Idoso (CMDI), Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e Programa de Atenção a Política Pública do Idoso (PAPPI) acompanham e monitoram a política de Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) executada nos CRAS, a fim de garantir as condições adequadas de funcionamento. Estes, por sua vez, encaminham relatórios descritivos dos atendimentos mensais à Diretoria de Atenção Básica (DAS) da SEDES e Ministério do Desenvolvimento Social. Neste último, há o Sistema de Informações do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SISC), que se destina à gestão e acompanhamento do SCFV. Também relatórios sociais ao CMDI, CMAS e prefeitura.

No Serviço de Atendimento e Proteção Especial, executado pelo CREAS, há fiscalização do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, Ministério Público e Delegacia do Idoso. Por sua vez, o CREAS acompanha os serviços de acolhimento nas instituições, além de encaminhar casos à rede local de proteção à violência. Ademais, são encaminhados relatórios informativos mensais, com prestação de contas dos atendimentos realizados para a Coordenação da Proteção Especial de Média Complexidade (SEDES), que são encaminhados também à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano (SEDH) e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

Para o funcionamento adequado dos espaços e dos serviços e atividades ofertadas nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), é essencial a participação, fiscalização e acompanhamento da Vigilância Sanitária, CMDI, CMAS, SEDES (CREAS) e entidades de classes, como Conselho Regional de Psicologia (CRP), Conselho Regional de Assistência Social (CRESS), Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Conselho Regional de Nutrição (CREN), Conselho Regional de Arquitetura e Engenharia (CREA), Conselho Regional de Farmácia (CRF), Conselho Regional de Educação Física (CREF) e Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), conforme apontam os presidentes das ILPI pesquisadas na coleta de campo.

A SEDES, por meio da coordenação da proteção especial (alta complexidade) exige relatório mensal com informações e estatísticas detalhadas (número de idosos, familiares e cuidadores, problemas de saúde), sobre o funcionamento e atendimento ao idoso nas ILPI. O mesmo ocorre com o CMDI, que solicita prestação

de contas do atendimento ao idoso, as visitas recebidas, as doações, os passeios realizados.

As ILPI, por sua vez, participam e acompanham as decisões do CMDI e do CMAS, das secretarias de Desenvolvimento Social (SEDES) e Saúde (SMS), além de levar denúncias e demandas ao ministério público. Isto significa um fluxo multidirecional envolvendo as diversas instituições no arranjo de governança.

Em relação aos atores que compõem o arranjo de governança nas políticas públicas do idoso em Cuiabá, estão relacionados na Tabela 85. De acordo com o levantamento de campo, os citados foram, na ordem são: Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (COMDIPI), Ministério Público (MP), Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social (SETAS), Sociedade Civil, Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS).

Tabela 85 – Tipologia dos Atores que Compõem o Arranjo de Governança nas Políticas Públicas do Idoso em Cuiabá

ATOR	Tipologia
Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDIPI)	Paraestatal
Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDEDIPI)	Paraestatal
Conselho Nacional da Pessoa Idosa (CNDI)	Paraestatal
Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS)	Paraestatal
Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS)	Paraestatal
Conselho Municipal de Saúde (CMS)	Paraestatal
Ministério da Saúde (MS)	Estatal
Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)	Estatal
Secretaria de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH)	Estatal
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Estatal
Secretaria Municipal de Educação (SME)	Estatal
Secretaria Municipal de Ordem Pública (SORP)	Estatal
Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social (SETAS)	Estatal
Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)	Estatal
Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS)	Estatal
Ministério Público (MP)	Estatal
Delegacia da Mulher e do Idoso	Estatal
Vigilância Sanitária	Estatal
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Estatal
Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CAPSI)	Estatal
Casa de Acolhimento (Albergue)	Estatal
Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso	Estatal
Defensoria Pública Coordenadoria dos Direitos Humanos	Estatal
Polícia Militar (PM)	Estatal
Corpo de Bombeiros	Estatal
Centro de Convivência do Idoso (CCI)	Estatal
Tribunal de Contas do Estado (TCE)	Estatal
Técnicos Burocratas	Estatal
Mídia (Imprensa)	Não Estatal
Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Não Estatal
Conselhos de Classe (COREN, CRP, CRESS)	Não Estatal
Serviço Social do Comércio (SESC)	Não Estatal
Associações de Idosos	Não Estatal
Pastoral da Pessoa Idosa	Não Estatal

Fonte: Documentos da SMASDH, SMS, Entrevista do autor (2016).

O COMDIPI é o principal ator na estrutura de governança, com a finalidade de acompanhar, fiscalizar e dá transparência as políticas públicas executadas, bem como os recursos aplicados, por instituições públicas e as ações realizadas por instituições privadas, sejam conveniadas ou não ao poder público. Por exemplo, realizam diagnóstico das condições estruturais das ILPI em Cuiabá. São visitas técnicas para coleta de informações relativas aos aspectos construtivos, sociais, de saúde e nutricional.

Nesse sentido, são avaliados a documentação de funcionamento (alvará da Vigilância Sanitária) e projetos arquitetônico, de telefonia, elétrico, esgoto a estrutura da edificação; o quadro funcional próprio e cedidos pela rede pública do SUS (gerencial e administrativo, médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, cuidadores de idosos); os serviços de saúde oferecidos e as condições estruturais dos espaços utilizados; a realização de atividades para os idosos; a alimentação e nutrição; os relatórios sobre o perfil dos idosos institucionalizados e o controle de saúde; os regimentos internos e procedimentos operacionais.

Quanto ao CMAS, como órgão de controle social e fiscalização, também acompanha, monitora e controla os serviços e ações voltadas aos idosos nas instituições públicas, privadas e do terceiro, além da aplicação de recursos e efetivação das políticas. São 52 no total, e os resultados são apresentados em relatórios de gestão encaminhados à SMASDH. Tem a parceria de órgãos como Tribunal de Contas, Ministério Público, Conselho Nacional de Assistência Social e Imprensa (Mídia).

O CEDEDIPI tem o papel de acompanhar, controlar e fiscalizar a política nacional do idoso nos municípios de Mato Grosso, respeitando as diretrizes dispostas no Estatuto do Idoso. A partir da ouvidoria na SEJUDH é desencadeado uma série de ações para proteger os idosos, sejam os que vivem com a família, sejam os institucionalizados. As ações incluem registros das informações, visitas, encaminhamentos a outras instituições, como o COMDIPI, delegacia da mulher e do idoso, CRAS e CREAS.

Em Cuiabá, não há delegacia do idoso e promotoria específica para atender ao idoso, dificultando a aplicabilidade do Estatuto do Idoso. Desse modo, o Ministério Público tem uma atuação muito forte, fazendo valer a lei, apurando as denúncias de violência, abandono e desrespeito ao idoso. Os órgãos da prefeitura

demoram a atender os casos de idosos, ao contrário do que ocorre com crianças e adolescentes, conforme pode identificar nas entrevistas.

O COMDIPI, CEDEDIPI, Ministério Público e Delegacia da Mulher e do Idoso, Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social (SETAS) fiscalizam os resultados e condições de trabalho no CREAS. Já o CMAS aprova os planos de trabalho dos CREAS.

Nos CRAS, presta-se contas por meio de relatórios mensais à SMASDH, que encaminha de forma online (SISC) ao Ministério do Desenvolvimento Social. A Coordenação de Atenção Básica (CAB) também realiza visitas fiscalizatórias, além de reuniões com os coordenadores sobre os trabalhos planejados e realizados. Atividades específicas não previstas no planejamento também são informadas à SMASDH. Anualmente é apresentado ao SETAS, do governo de Mato Grosso, os resultados dos trabalhos. Outras instituições monitoram o trabalho como COMDIPI, CMAS e Defensoria Pública.

As ações dos CCI são acompanhadas e fiscalizadas pelo Ministério Público (MP), Secretaria de Estado de Assistência Social (SETAS), Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDIPI) e Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH). Por exemplo, em 2014 o MP teve que intervir para que se reformassem os CCI, a fim de adequá-los melhor para atender os idosos. Este também questiona sobre as políticas públicas para idosos, em áreas essenciais como educação, saúde e assistência social, mobilidade e transporte.

Para a SMASDH são encaminhados relatórios mensais de natureza quantitativa descritiva sobre as atividades programadas, realizadas e não executadas, explicando os motivos da não execução, outros de atividades incluídas no período que não estavam previstas no planejamento, além das atividades inerentes ao SCFV referenciado pelo CRAS.

O programa Alfabetização para Melhor Idade é fiscalizado e monitorado pela equipe EJA e de gestão das escolas. Por meio do sistema online SigEduca monitoram as atividades em sala de aula, como frequência de alunos, caderno de professor e o planejamento. O sistema também é monitorado pela Secretaria Municipal de Educação, em que assessores acompanham a execução do programa, o planejamento, o que foi feito, as melhorias e deficiências, a evasão e retenção de alunos. Esses procedimentos auxiliam as escolas para um bom andamento do programa, que ainda ocorre rotatividade, evasão e frequência irregular.

Para uma das gestoras, a política pública, no caso do registro escolar, não compreende as diferenças existentes no público beneficiário do EJA. Este não mantém a mesma frequência que os alunos de cursos regulares. Muitos se afastam por determinados períodos por necessidade e depois retornam, mas como o sistema registra falta, acarretando a retenção do aluno. Assim, deveria ser mais flexível o registro, diferenciando em função das especificidades de comportamento.

O Portal da Transparência do Governo Federal é outro meio de acompanhamento das políticas educacionais em todos os municípios brasileiros, onde se disponibiliza informações sobre demanda atendida, as necessidades e o uso de recursos. Nesse aspecto, o Conselho das escolas gestoras do programa, formado por pais, alunos, professores e funcionários, define como determinado recurso será aplicado, como em compras de materiais e equipamentos.

O Idoso, para uma parte dos entrevistados, está mais empoderado e cobrando seus direitos, principalmente aqueles que participam ativamente das atividades disponibilizadas nos CRAS, CCI e USF. Mas todos, direta ou indiretamente devem denunciar, procurar o COMDIPI, CMAS, MP, Delegacia da Mulher e do Idoso e a mídia, e toda a rede de assistência e proteção social. Um exemplo vem do CRAS Pedra 90, em que os idosos se mobilizaram quando houve a possibilidade de descontinuidade dos serviços de convivência.

Para um efetivo exercício da cidadania e participação do idoso nas políticas desenvolvidas, são fundamentais conhecimento e informação. Outros entrevistados afirmam que por questões culturais e educacionais muitos idosos não têm poder de participar e desconhecem seus direitos.

Dessa forma, o programa EJA para idosos desenvolvido nos CCI é imprescindível nesse contexto. Ações como a do SESC também são importantes, que realiza discussões e estudos do Estatuto com os idosos, para conhecerem seus direitos e poderem cobrar e participar das decisões públicas. É preciso politizar o idoso, despertando seu olhar crítico, sem infantilizações, respeitando e aceitando sua idade.

A Sociedade, para uma parte dos entrevistados em Cuiabá, está mais conscientes dos direitos do idoso e exigindo do poder público mais políticas públicas. Outros, porém, avaliam que a sociedade é negligente no que diz respeito às decisões do poder público dirigidas aos idosos, além de ser muito influenciada

pela imprensa. Para esse grupo, o idoso é ainda invisível perante à sociedade, o governo e à imprensa.

Em relação à Mídia, a maioria avalia negativamente sua participação na governança, divulgando apenas os problemas existentes no COMDIPI, CRAS, CREAS, CCI, USF e CS, e não esclarecendo à sociedade os claros objetivos de cada instituição e os resultados positivos obtidos pelas mesmas. Por exemplo, o programa Alfabetização para Melhor Idade nunca foi divulgado pela mídia, para torná-lo mais conhecido pela sociedade e idosos.

Em síntese, é possível traçar um comparativo entre os arranjos nos municípios em estudo (Tabela 86).

Tabela 86 – Comparativo entre os Atores no Arranjo de Governança: João Pessoa e Cuiabá

Variável	João Pessoa	Cuiabá
Nº Total de Atores	30	34
Nº de Atores Paraestatais	6	6
Nº de Atores Estatais	18	22
Nº de Atores Não Estatais	6	6

Fonte: Pesquisa do autor (2016).

O arranjo de governança nos municípios é convergente, tanto pelo número de atores e sua distribuição entre paraestatais, estatais e não estatais, quanto pelas instituições que o compõe. Os conselhos (idoso, assistência social, saúde), poder público (ministério público, delegacia do idoso, defensoria pública, vigilância sanitária), secretarias (municipais e estaduais) e ministérios se constituem como àqueles com maior poder fiscalizatório, de controle e cobrança de responsabilidade, transparência e legalidade no desenvolvimento das políticas públicas.

Outros atores participam mais nas discussões das demandas que poderão se concretizar em ações, como unidades de saúde (CAPS, CAISI), unidades de assistência social (CRAS, CREAS), organizações do terceiro setor, Centro de Convivência do Idoso, Associações de Idosos (SBGG, AMPI), técnicos burocratas, Instituições de Longa Permanência para Idosos, SESC e Instituições de Ensino Superior. Ademais, há aqueles que além de participar das agendas de discussões, acompanham e monitoram os resultados e, dependendo das circunstâncias denunciam aos órgãos competentes as falhas que porventura ocorram. Destacam-se nesse contexto os Conselhos de Classe (CRM, CRESS), a imprensa e em João Pessoa, especificamente, o PAPPI.

4.5.2 Dimensões Condicionantes à Configuração e Funcionamento da Estrutura de Governança

A estrutura de governança pública determina os mecanismos de respostas do público beneficiário das políticas públicas, de participação de atores no desenvolvimento das políticas, além dos aspectos legais, regulamentares e institucionais (RAUSSER e SWINNER, 2014). Deve-se ainda mapear esses atores, suas motivações em participar da estrutura, e compreender as características do setor público (PERES, 2007), como a legalidade e transparência do uso de recursos.

Por seu turno, arranjos institucionais determinam mecanismos de coordenação, espaços de negociação e decisão, relações de poder, responsabilidades, prestação de contas, controle e transparência (GOMIDE e PIRES, 2014; CARVALHO e SILVA, 2011). A partir de 1988, com a descentralização das políticas públicas para o nível local, desenvolveu-se uma cultura mais democrática e de participação social (GIOVANELLA *et al.*, 2002), originando o que se denominam novos arranjos institucionais (SIEBERT, 2010; LIMA, 2014).

Os novos arranjos institucionais se caracterizam por instituírem vínculos com outros níveis de governo (estadual e federal), maior articulação entre governo, sociedade civil e mercado, inclusão de novos atores e ações integradas dirigidas ao mesmo público (FARAH, 2001). Nesse sentido, os atores fortalecem as relações, tornando as regras e normas mais claras na concepção e execução das políticas públicas (PEREIRA, 2012), obtendo maior legitimidade, participação social, ações coletivas e redução de incertezas (OLLNIK *et al.*, 2011).

Na subseção anterior foram mapeados os principais atores estatais, paraestatais e não estatais presentes no arranjo de governança nos municípios de João Pessoa e Cuiabá, e a finalidade da participação dos mesmos. Observou-se características dos novos arranjos institucionais, como a articulação interfederativa principalmente entre municípios e Governo Federal, inclusão de atores de vários segmentos e ações integrativas dirigidas ao público idoso, embora incipientes e pontuais.

Com base na literatura sobre estrutura de governança pública e arranjos institucionais realçados acima e percorridos mais detalhadamente no Capítulo 2, e no estudo empírico, levantou-se seis dimensões que são condicionantes essenciais à configuração e funcionamento da estrutura de governança no campo das políticas públicas para idoso (Tabela 87).

Tabela 87 – Dimensões Condicionantes à Configuração e Funcionamento da Estrutura de Governança nas Políticas Públicas de Atenção ao Idoso

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO CONCEITUAL
Estrutural-Administrativa e Funcional	Consiste na estrutura organizacional, espaços administrativos e operacionais, e equipes funcionais dos órgãos públicos, coordenadorias, secretarias municipais e unidades públicas e privadas responsáveis pela execução das políticas públicas.
Informacional	Refere-se ao insumo principal para o desenvolvimento, acompanhamento e transparência das políticas públicas, ao mesmo tempo em que se constitui como elemento de saída para o aprimoramento da governança, da execução das políticas existentes e elaboração de novas políticas.
Institucional	Compreende as regras e normas relativas aos arranjos institucionais no desenvolvimento e governança das políticas públicas, identificando os atores participantes, o papel de cada ator, as relações estabelecidas, de modo a legitimar as políticas perante a gestão pública e a sociedade civil.
Econômico-Financeira	Constitui o aporte financeiro responsável pela estruturação e manutenção das instituições que participam do desenvolvimento das políticas públicas e de sua governança, como suas estruturas físicas, administrativas e funcionais, os equipamentos e materiais essenciais ao exercício de suas funções.
Político-Legal	É o conjunto de leis, decretos, portarias e normativas, criado nos três entes federativos (Federal, Estadual e Municipal), que rege o desenvolvimento de políticas públicas em diversas áreas (saúde, educação, assistência social, cultura, lazer, trabalho e previdência, habitação, esporte, transporte, acessibilidade), os mecanismos de controle e transparência, a criação de unidades e instâncias públicas, a estruturação, funcionamento e atividades de unidades públicas e privadas que atendem a pessoa idosa.
Sócio Demográfica	Envolve as tendências sociais e demográficas, no que se referem às transformações que ocorrem nas estruturas de classes sociais, os índices de pobreza e vulnerabilidade social, o envelhecimento populacional e expectativa de vida, que devem ser de conhecimento e levadas em consideração pelos atores envolvidos na concepção, execução e governança das políticas públicas de atenção ao idoso.

Fonte: Elaboração do autor (2016).

- **Estrutural-Administrativa e Funcional**

A configuração e funcionamento da estrutura de governança dependem da estrutura-administrativa e funcional da administração municipal. Nesse sentido, foram descritos na subseção 4.1.4 os órgãos públicos, coordenadorias e secretarias municipais de João Pessoa e Cuiabá. Órgãos como Emlur, Funjope, SEMOB e IPM-JP, de João Pessoa, Procon e Limpurb, de Cuiabá, participam da implementação de políticas públicas para idosos.

Em relação às secretarias, a seção 4.2 abordou com mais profundidade a estrutura administrativa e funcional das Secretarias de Saúde (SMS) e Desenvolvimento Social (SEDES), de João Pessoa, e de Saúde (SMS) e Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH), de Cuiabá. Suas diretorias e coordenações são essenciais não apenas para o desenvolvimento das políticas sociais e de saúde, mas para o funcionamento da governança, com maior transparência, legalidade, controle, prestação de contas e participação dos atores.

Na área social, têm-se as unidades dos CRAS e a equipe PAIF (Coordenação, Assistente Social e Psicólogo), CREAS e equipe PAEFI (Coordenação, Assistente Social, Educador Social, Psicólogo, Advogado), ILPI (Presidente, Vice-presidente, Coordenações, Secretarias, Administrativos e Operacionais, multiprofissionais de saúde), CCI (Coordenação, Administrativos, Serviços Gerais, Psicólogo, Assistente Social, profissionais de saúde).

Na área da saúde, as unidades como USF, CS e CAPS têm as Equipes de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formadas por profissionais de várias especialidades (médicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais). Ademais, a infraestrutura, equipamentos e materiais também compõem os elementos estruturais dessas unidades e das secretarias. No entanto, identificou-se a presença de falhas estruturais nos municípios, como falta de profissionais no CRAS Gramame (João Pessoa) e em quase a totalidade no município de Cuiabá. No geral, os espaços dos CRAS estão precários para a oferta dos serviços.

Os conselhos do Idoso, Assistência Social e Saúde devem ser estruturados para exercer suas funções de formuladores e controladores das políticas, com formação mínima de presidência, vice-presidência, plenárias, secretaria executiva, assessorias e comissões temáticas. Em João Pessoa, o PAPPI tem espaço administrativo e uma equipe composta por Coordenação, Assistente Administrativo, Psicólogo e Assistente Social. Além dessas, outras instituições, dentre elas o Ministério Público, Delegacia do Idoso e Defensoria Pública, necessitam de estrutura para atender os idosos após as denúncias recebidas, bem como nas atividades regulares de acompanhamento das políticas públicas.

- **Informacional**

A informação é o principal insumo para a concepção e execução da política pública, bem como para o funcionamento da governança. É uma dimensão presente tanto nas unidades executoras das políticas públicas, quanto nas instituições que deliberam, controlam e acompanham. Essencialmente, consiste no insumo de entrada para as decisões, ao mesmo tempo em que se transforma em resultados na saída, na oferta do serviço, retornando ao processo para o aprimoramento das políticas e da governança, bem como para o desenvolvimento de novas políticas. O resultado das decisões deve ser tornar públicas para maior transparência.

Os Conselhos, Delegacia do Idoso, Ministério Público, Defensoria Pública e PAPPI (este existente apenas em João Pessoa) dependem da informação para o exercício de governança nas políticas públicas. Para isso, trocam informações entre si, mas também recebem informações de Secretarias Municipais e Estaduais, Ministérios, sobretudo das áreas de Saúde e Desenvolvimento Social, de unidades públicas (CRAS, CREAS, CCI e ILPI), denúncias da sociedade e do próprio idoso.

Nos CRAS, CREAS e CCI, a informação vem por meio de denúncias do Disque 100 (sistema de atendimento do Governo Federal), demandas espontâneas, sociedade, entidades sociais, idosos e instituições públicas (Delegacia do Idoso, Ministério Público, Defensoria Pública), conselhos (idoso, assistência social, saúde), mídia (imprensa) além de buscas ativas e regulares dessas unidades da assistência social.

No caso dos CREAS depende da informação para executar as políticas bem como para acompanhar e monitorar as atividades dos outros atores. Acrescenta ainda pesquisas sobre as condições socioeconômicas e demográficas da população em estado de violação dos direitos. Nos CRAS, a informação é importante para tomar a decisão de integrar o idoso aos grupos de convivência ou encaminhamento a outras unidades (CREAS, CCI, USF, CAPS, ILPI) que atendam às suas necessidades.

Nos serviços e programas existentes em João Pessoa e Cuiabá, há sistemas de informação e relatórios de acompanhamento e prestação de contas dos resultados. O SCFV (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, ligado ao CRAS, foi criado pelo Ministério do Desenvolvimento Social do Governo Federal) e o SISC, no qual há o monitoramento por meio dos registros das informações sobre os usuários e permanência da vinculação ao serviço.

O CMDI, PAPPI, SEDES e SEDH (João Pessoa) e COMDIPI, SMASDH e SETAS (Cuiabá) exigem relatórios técnicos e descritivos das unidades (CRAS, CREAS, CCI) e Instituições (ILPI, albergues) que executam serviços de atenção ao idoso. São informadas as atividades realizadas e não realizadas, número de idosos atendidos, os recursos aplicados, as estruturas administrativas e funcionais, que deverão se tornar públicas.

Na área de Saúde, as informações sobre mudanças demográficas e epidemiológicas são fundamentais ao desenvolvimento das políticas e dos mecanismos de controle e governança dessas políticas. Instituições como Vigilância

Sanitária, Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem acompanhar as políticas. Nesse sentido, o Governo Federal, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), criou o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-IDOSO).

- **Institucional**

As políticas públicas de atenção aos idosos precisam ser legitimadas por meio de regras e normas definidas nos arranjos institucionais ligados ao desenvolvimento e governança dessas políticas. É importante que haja articulação entre as entidades da sociedade civil e o poder público, definindo o papel de cada ator participante, as relações estabelecidas entre os atores e o conhecimento a respeito das regras de funcionamento.

O Conselho do Idoso, nos municípios de João Pessoa e Cuiabá, constitui-se como instância de controle social formado por representantes governamentais e da sociedade civil, sendo assim, caracterizado como o principal arranjo institucional responsável pela elaboração de políticas e de sua governança. São definidas as normas e regras de funcionamento, o papel de cada conselheiro e os relacionamentos essenciais ao cumprimento de seus objetivos e sua legitimação.

Por outro lado, é possível identificar arranjo institucional em cada política. No CRAS, o SCFV tem suas normas e regras estabelecidas por instituições como Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Conselhos do Idoso, Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), PAPPI (João Pessoa), SEDES (João Pessoa) e SMASDH (Cuiabá). Na política de proteção especial, no CREAS, participam os Conselhos do Idoso, CMAS, Sociedade Civil, CRAS, Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano (SEDH; Estado da Paraíba), Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social (SETAS; Estado de Mato Grosso). No Serviço de Acolhimento Institucional, participam do arranjo o Ministério Público, Conselhos do Idoso, CMAS, CREAS, CRAS, Vigilância Sanitária.

Na área de saúde, participam o Ministério da Saúde, SMS, USF, ESF, CRAS, CREAS, ILPI, Conselhos do Idoso, CAISI (João Pessoa), CCI (Cuiabá). Enfim, não se buscou relacionar todas as políticas (nas diversas áreas) e nem todos os atores de cada arranjo institucional, mas apresentar os principais no sentido de entender a importância da participação dos mesmos na institucionalização das políticas.

- **Econômico-Financeira**

As instituições que desenvolvem as políticas públicas (CRAS, CREAS, CCI, USF, CAPS) e outras que participam da estrutura de governança (Conselhos do Idoso, Ministério Público, Delegacia do Idoso, Conselhos Municipais de Assistência Social) necessitam de recursos econômico-financeiros para a estruturação e manutenção de seus espaços, formação de equipe funcional, aquisição de equipamentos e materiais fundamentais à execução dos serviços. Governo Federal, Estados e Municípios devem assumir conjuntamente a responsabilidade pelos recursos necessários a esse processo.

Entretanto, nos municípios estudados, constatou como a falta de aporte financeiro comprometendo a efetividade das atividades. O Centro Pop de Cuiabá foi fechado e suas atividades foram designadas aos CREAS, que são poucas unidades no município. Nos CREAS e CRAS, os recursos vêm do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), por meio do SUAS, e das secretarias estaduais responsáveis pela assistência social. O Governo Federal vem atrasando o repasse no ano de 2016, após as alterações ocorridas com a troca do ocupante na presidência, e dos Estados, foram suspensos os recursos. Para a maioria dos entrevistados, os recursos são escassos para o acompanhamento das políticas e desenvolvimento de novos programas e projetos dirigidos aos idosos.

- **Político-Legal**

Corresponde ao conjunto de leis, decretos, portarias e normativas, instituído nos três entes da federação (Federal, Estadual e Municipal, conforme descrito na subseção 4.4.1), que regulamenta o desenvolvimento de políticas públicas, os mecanismos de controle e transparência, a criação de unidades e instâncias públicas, a estruturação, funcionamento e atividades de unidades públicas e privadas que atendem a pessoa idosa. Ressalta-se que as políticas devem compreender diversas áreas, valorizando a integração como medida para sua efetividade (saúde, educação, assistência social, cultura, lazer, trabalho e previdência, habitação, esporte, transporte, acessibilidade).

Em João Pessoa e Cuiabá, por exemplo, a criação dos conselhos do idoso e as mudanças ocorridas posteriormente estão amparadas na lei. É uma condição essencial para o desenvolvimento das políticas, e sua continuidade, tornando-as mais sólidas e menos vulneráveis às trocas de gestão municipal. Destacam-se na

pesquisa empírica a criação dos Centro de Convivência de Idosos (CCI), em Cuiabá, por meio de leis; as normativas da Vigilância Sanitária para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), em João Pessoa; as Resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE) nas diretrizes da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Projetos Políticos Pedagógicos para a estruturação metodológica e didática do projeto Alfabetização Melhor Idade, em Cuiabá.

- **Sócio Demográfica**

As tendências sociais e demográficas, como as transformações que ocorrem nas estruturas de classes sociais, índice de pobreza e vulnerabilidade social, envelhecimento populacional e expectativa de vida, devem ser levadas em consideração pelos atores envolvidos no processo de desenvolvimento das políticas públicas, bem como presentes no arranjo de governança.

À medida que as tendências se tornam iminentes, o planejamento das políticas e a estruturação de governança devem acompanhar essas mudanças. Desse modo, deve-se ampliar e aprimorar as políticas existentes, criar novas políticas para os cenários que se concretizam e redefinir os mecanismos de controle, acompanhamento e fiscalização das políticas a fim de se adequarem às novas circunstâncias que se apresentam.

Em João Pessoa e Cuiabá, ficou evidente a mudança demográfica com o aumento da população idosa entre 1991 e 2010, com tendência de aumento para os próximos anos. A expectativa de vida nos municípios chega aos 75 anos, e o IDH-Longevidade está em torno de 0,83, indicador considerado muito forte. Além disso, houve redução do índice de pessoas vulneráveis à pobreza entre 1991 e 2010, mas são territórios marcados por grandes desigualdades sociais, expressadas pelo índice de Gini. Estes e outros indicadores sócio demográficos devem ser avaliados continuamente, observando possíveis melhoras ou não, que refletirão nas decisões dos gestores públicos.

Os atores estatais, paraestatais e não estatais e as dimensões definidas compõem a proposição de um modelo conceitual de governança nas políticas públicas de atendimento ao idoso, abordado na próxima seção.

4.6 Proposição do Modelo Conceitual de Governança no Processo de Desenvolvimento de Políticas Públicas para a Pessoa Idosa

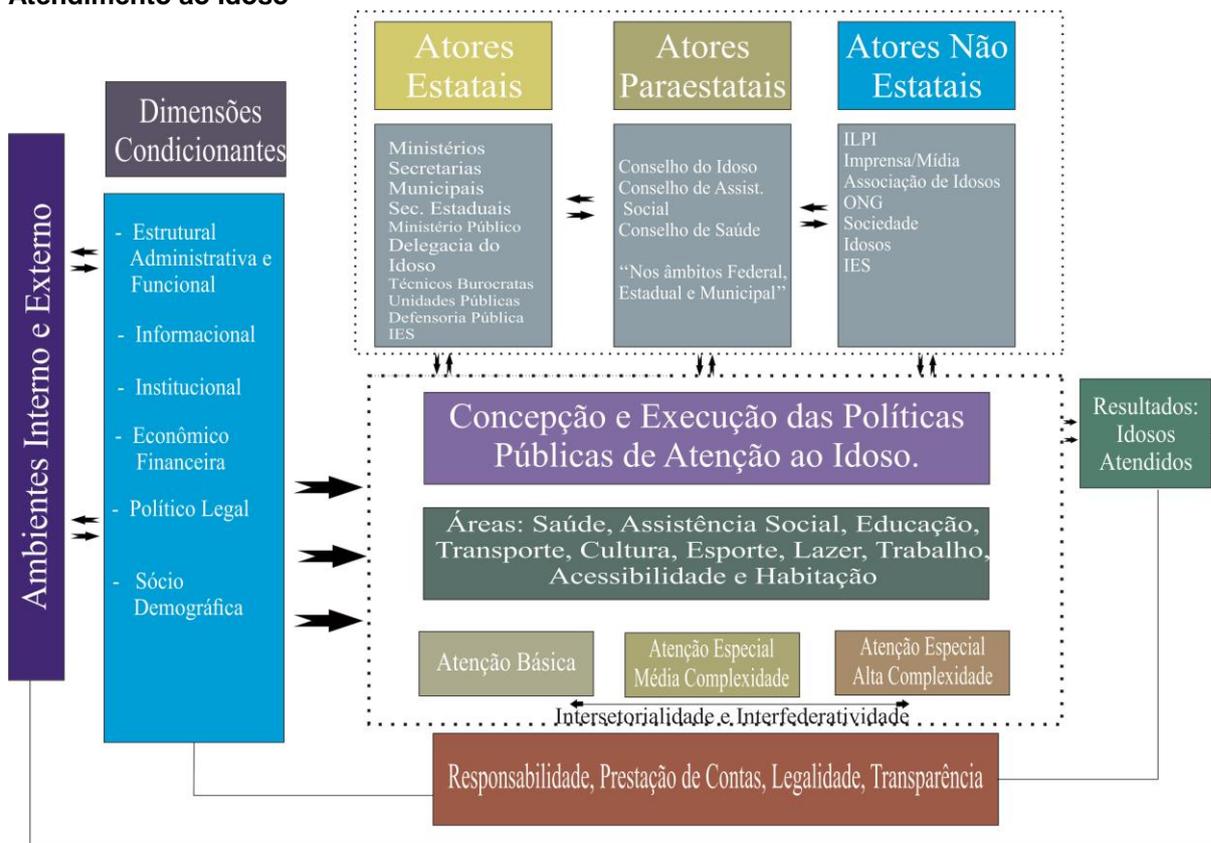
O aumento constante da população idosa no Brasil é um desafio aos gestores públicos no que se refere às políticas públicas, que devem ser não apenas criadas, mas aprimoradas e continuadas. Essas circunstâncias exigem uma ação colaborativa entre atores governamentais, da sociedade civil e organismos mistos de controle social como os conselhos do idoso, saúde e assistência social. Requer ainda que o desenvolvimento das políticas públicas, desde a definição da agenda até a avaliação dos resultados, seja amparado na legalidade, transparência, prestação de contas e responsabilidade. Em outras palavras, a governança pública deve ser estruturada de forma a garantir tais características e, conseqüentemente, a efetividade das decisões tomadas.

O desenvolvimento de políticas públicas para idosos no Brasil é recente, tendo seu primeiro documento legal promulgado em janeiro de 1994, a Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842) e ampliado de forma mais substantiva em 2003, com o Estatuto do Idoso (Lei 10.741). Desse modo, falta maturidade nesse campo, as experiências adotadas em nível de Brasil, Estados e Municípios são incipientes, embora tenham evoluído desde 2003. Em João Pessoa e Cuiabá, territórios do estudo, foi possível comprovar essa realidade, ao mesmo tempo em que se observou um avanço desde a promulgação do Estatuto do Idoso.

Um modelo conceitual de estrutura de governança para as políticas públicas de atenção do idoso é composto por elementos que demonstram as especificidades desse segmento populacional. Isso significa que um modelo genérico de governança pode não atender a contento as necessidades da pessoa idosa, que são diversas e complexas e se diferem de outros públicos, como crianças, adolescentes e portadores de deficiência física. Todas as áreas – Saúde, Educação, Lazer, Esporte, Trabalho, Habitação – devem desenvolver políticas públicas adaptadas às condições físicas, biológicas, psicológicas, cognitivas e sociais do idoso.

Dessa forma, considerando os estudos publicados sobre políticas públicas, governança pública e envelhecimento populacional, combinada à pesquisa empírica sobre o tema foi possível elaborar a proposição de um modelo conceitual que fornece os elementos estruturantes para uma efetiva governança na concepção, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas especificamente voltadas à população idosa (Figura 31).

Figura 31 – Modelo Conceitual de Governança no Desenvolvimento de Políticas Públicas de Atendimento ao Idoso



Fonte: Elaboração do autor (2016).

O modelo conceitual de governança é configurado a partir de arranjos institucionais formados por atores estatais, paraestatais e não estatais, que participam da concepção e execução das políticas públicas para idosos, bem como da definição de mecanismos que imprimem às políticas a transparência necessária, por meio do cumprimento das leis, prestação de contas dos resultados e a responsabilidade de cada ator participante. Nesse sentido, a governança e o processo de desenvolvimento das políticas estão intrinsecamente ligados, ocorrendo simultaneamente.

Outrossim, seis dimensões, conforme conceituadas na Tabela 87, condicionam a configuração e funcionamento da governança, influenciando nas escolhas de alternativas, na forma como as políticas são executadas, nos instrumentos de monitoramento e acompanhamento, nas mudanças necessárias para se adequar a novas situações que surgem, na inclusão de novos programas e projetos e especialmente, na consolidação e continuidade das políticas públicas.

Estas devem compreender diversas áreas que venham atender as múltiplas necessidades da pessoa idosa, impondo assim uma ação intersetorial, com atuação

coletiva de ao menos duas secretarias (por exemplo, saúde e assistência social), e interfederativa, que se constitui em uma ação integrada verticalmente entre Governo Federal, Estado e Município na oferta dos serviços. Sem esses elementos, as políticas poderão se tornar fragmentadas, ineficientes, onerosas e descontinuadas, sendo, portanto, incompatíveis diante do cenário atual e as perspectivas futuras relativas ao aumento da população idosa.

O conjunto de políticas, programas, projetos e ações deve contemplar a atenção básica (foco na prevenção), atenção especial média complexidade (foco na violação dos direitos) e atenção especial alta complexidade (foco na institucionalização), quando se refere à Assistência Social. O mesmo ocorre na área de Saúde, sendo que o atendimento de média e alta complexidade envolve a atenção ambulatorial e hospitalar. Nas demais áreas, como Educação, Transporte, Cultura, Esporte, Lazer, Trabalho, Acessibilidade e Habitação, não ocorre essa classificação, entretanto, são políticas que contribuirão para a prevenção da saúde e vulnerabilidade social do idoso.

Quanto mais ações preventivas em todas as áreas, menores as chances do idoso necessitar de atendimento mais especializado e complexo. Porém, o envelhecimento é um processo biológico que inevitavelmente levará o indivíduo, especialmente a partir dos 80 anos, fase esta que a literatura denomina de velhice mais tardia, a maior dependência física e deterioração cognitiva (LASLETT, 1991). Assim, as políticas devem contemplar todas as fases do envelhecimento, e os arranjos institucionais garantirem a sua efetivação. Embora o Estatuto do Idoso estabeleça que é dever da família cuidar do idoso, a ausência desta ou a quebra de vínculos familiares obriga o Estado a atendê-lo.

Assim, os arranjos institucionais compostos por atores estatais, paraestatais e não estatais presentes na estrutura de governança dependem de recursos administrativos e funcionais, de informações para a tomada de decisão, de regras e normas que legitimem o seu campo de ação, de recursos financeiros, do aparato legal que define direitos e estabelece critérios na oferta de serviços à pessoa idosa, e das tendências sócio demográficas. O resultado esperado é o atendimento pleno do idoso, e os dados e informações devem realimentar o processo de desenvolvimento das políticas e aprimoramento da governança.

4.7 Categorias de Análise: uma síntese dos resultados

Apresenta-se na Tabela 88 uma síntese dos achados, destacando como cada objetivo foi atingido a partir das categorias de análise definidas. Foram elaboradas dez categorias de análise que permitiram alcançar os cinco objetivos específicos e o objetivo geral do estudo. Em cada categoria foram abordados enfoques que permearam o campo de análise dos resultados empíricos com base na teoria.

Na categoria *Características Populacionais, Socioeconômicas, Demográficas e Territoriais* analisou-se diversos indicadores do IBGE relativos às regiões e territórios, envelhecimento populacional, crescimento populacional e renda, e do PNUD, tais como índice de vulnerabilidade à pobreza, expectativa de vida e IDHM, sobre os municípios de João Pessoa e Cuiabá. Na categoria *Estrutura Governamental e Administrativa*, considerou-se elementos como órgãos públicos, secretarias municipais, especialmente a de Saúde e Assistência Social, e suas unidades (CRAS, CREAS, USF, por exemplo), a partir de dados disponíveis em documentos nos municípios em estudo, que permitiram analisar como os mesmos estão estruturados para oferecer os serviços públicos aos idosos.

Na categoria *Políticas, Programas, Projetos e Ações de Atenção ao Idoso*, levantou-se o que cada município desenvolveu em termos de serviços público no período compreendido entre 2003 e 2016 para atender a população idosa. Para cada serviço, identificou o ano de criação, sua finalidade, as atividades inerentes, a secretaria municipal ou órgão público responsável, as articulações com outras secretarias municipais e com outros entes federativos (Estado e Governo Federal), e os demais atores participantes (estatais, paraestatais e não estatais). Os dados foram coletados junto aos gestores, coordenadores, implementadores e técnicos, bem como com membros do conselho do idoso, além de documentos públicos.

Na categoria *Concepção e Execução de Políticas Públicas*, é analisada como ocorrem essas etapas, identificando os principais responsáveis, como os Conselhos do Idoso (estaduais e municipais), eventos como as Conferências do Idoso e as Secretarias Municipais. Em *Gestão de Territórios nas Políticas Públicas*, é dado destaque as políticas de saúde e assistência social, analisando as regiões administrativas, distritos sanitários (João Pessoa) e regionais de saúde (Cuiabá), cobertura dos territórios, distribuição e localização das unidades públicas nos bairros (CRAS, CREAS, CCI, CRC, USF, CS), regiões mais pobres, mais populosas e não atendidas pelas políticas. Em *Institucionalização e Legitimação das Políticas*,

analisou-se como as regras, normas e procedimentos das políticas desenvolvidas em unidades como CRAS, CREAS, CCI e de saúde estão institucionalizadas e legitimadas nos municípios. Nessas categorias, coletou-se dados por meio das entrevistas semiestruturadas e levantamento de documentos.

Tabela 88 – Categorias de Análise e o Alcance dos Objetivos do Estudo

Categoria de Análise	Principais Enfoques	Objetivo Alcançado
Características Populacionais, Socioeconômicas, Demográficas e Territoriais	Razão de dependência, taxa de envelhecimento, taxa de fecundidade, índice de vulnerabilidade à pobreza, renda, Índice de Gini, proporção de idosos, crescimento populacional, expectativa de vida, estrutura etária, IDHM, regiões, territórios, bairros.	Descrever e analisar as características socioeconômicas, mudanças demográficas, e estrutura governamental e administrativa nos municípios.
Estrutura Governamental e Administrativa	Órgãos públicos, coordenadorias, secretarias municipais, secretarias de Saúde e Assistência Social, conselhos de direitos (idosos) e setoriais.	
Políticas, Programas, Projetos e Ações de Atenção ao Idoso	Órgãos, articulação intersetorial e interfederativa, atores participantes, finalidades, ano de criação, atividades.	Descrever as políticas, programas, projetos e ações, identificando as secretarias envolvidas, interfederatividade e atores participantes.
Concepção e Execução de Políticas Públicas	Conselhos do idoso (municipais e estaduais), eventos (conferência do idoso), secretarias municipais.	Identificar e analisar as características de concepção e execução, bem como da gestão de territórios, institucionalização e legitimação.
Gestão de Territórios nas Políticas Públicas	Assistência Social e Saúde, Regiões Administrativas, Distritos Sanitários e Regionais de Saúde, cobertura de territórios, distribuição de bairros, regiões não atendidas, localização de unidades do SUS e SUAS, regiões mais pobres.	
Institucionalização e Legitimação das Políticas	Normas, regras e procedimentos, instituições públicas responsáveis pelas políticas (CRA CREAS, CCI, USF, CS).	
Governança nas Políticas Públicas	Atores e arranjos institucionais, especialmente os Conselhos do Idoso, Ministério Público, Delegacia do Idoso, Secretarias Municipais, Associações de Idosos, Vigilância Sanitária.	
Dimensões Condicionantes	Econômico-financeira, Político-legal, Sócio Demográfica, Estrutural Administrativa e Funcional, Institucional e Informacional.	Analisar as formas de participação dos atores nos arranjos que configuram a governança, considerando as dimensões que condicionam à sua configuração e funcionamento.
Repercussão das Políticas nos Municípios Vizinhos	Municípios que compõem as microrregiões João Pessoa e Cuiabá, e suas relações históricas e políticas.	Identificar a repercussão das políticas juntos aos municípios vizinhos.
Modelo Conceitual de Governança nas Políticas Públicas do Idoso	Ambientes (interno e externo), Dimensões Condicionantes, Atores (estatais, paraestatais e não estatais), intersetorialidade e interfederatividade, Políticas (atenção básica, atenção especial média e alta complexidade), Responsabilidade, Prestação de Contas, Legalidade e Transparência.	Objetivo Geral: analisar e caracterizar os arranjos institucionais presentes no modelo estrutural de governança nas políticas públicas, identificando os atores e as dimensões que condicionam sua configuração e funcionamento.

Fonte: Elaboração do autor (2016).

Na categoria *Governança nas Políticas Públicas*, levantou-se os atores estatais, paraestatais e não estatais que constituem vários arranjos institucionais presentes na configuração de governança, os quais se destacaram os conselhos do idoso (estaduais e municipais), secretarias municipais (especialmente nas áreas de Saúde e Assistência Social), Ministério Público, delegacia do idoso, associações de idosos e vigilância sanitária. Em *Dimensões Condicionantes*, foram evidenciadas seis dimensões que condicionam a configuração e funcionamento da governança nas políticas públicas: Econômico-financeira, Político-legal, Sócio Demográfica, Estrutural Administrativa e Funcional, Institucional e Informacional. Os dados para estas categorias foram coletados por meio das entrevistas e levantamentos documentais e bibliográficos.

Em *Repercussão das Políticas Públicas nos Municípios Vizinhos*, considerou-se os municípios que compõem as microrregiões João Pessoa (Bayeux, Santa Rita, Cabedelo, Lucena e Conde) e Cuiabá (Várzea Grande, Chapada dos Guimarães, Santo Antônio do Leverger e Nossa Senhora do Livramento), definidas pelo IBGE. Os resultados mostraram evidências de que as políticas, programas, projetos e ações dos Centros de Convivência de Idosos (CCI), em Cuiabá, e Clube da Pessoa Idosa, em João Pessoa, e as de Saúde, de um modo geral, nos dois territórios, são as de maior repercussão nos municípios vizinhos.

Por fim, na categoria *Modelo Conceitual de Governança nas Políticas Públicas do Idoso*, analisou as dimensões condicionantes à configuração e funcionamento da estrutura de governança, advindas dos ambientes internos e externos à estrutura de governo. Ademais, avaliou-se a relação dos atores estatais, paraestatais e não estatais nos arranjos institucionais presentes na estrutura de governança e no desenvolvimento de políticas públicas em diversas áreas para atender as múltiplas necessidades do idoso, contemplando a atenção básica e especial (média e alta complexidade). Os resultados dependem ainda de uma ação intersetorial e interfederativa, consubstanciada em preceitos de responsabilidade, prestação de contas, legalidade e transparência.

CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é resultado de um longo percurso de construção e desconstrução até chegar à sua estrutura final. Seus objetivos, hipótese e questão-problema, fundamentação teórica e procedimentos metodológicos foram definidos e redefinidos a partir de avaliações a que foi submetido a quatro bancas avaliadoras, realizadas em quatro semestres letivos. Posteriormente, foi avaliado em banca de qualificação, o qual foi definido o foco central relacionado aos arranjos institucionais compostos por atores e presentes na estrutura de governança, eliminando os objetivos voltados aos idosos, como sujeitos de pesquisa. O seu ponto de partida consiste nas transformações demográficas que vem ocorrendo no Brasil desde a década de 1980, com a ampliação da população idosa.

A mudança na estrutura etária da população brasileira, materializada por meio do aumento da proporção de idosos, motivou a pesquisa desenvolvida na tese. Observou-se que no Censo 2010 a população idosa, com idade a partir de 60 anos, representava 10,8%, com expectativa de vida de 73,9 anos. Estimativas do IBGE mostram que em 2014 a expectativa atingiu 75,2 anos e em 2020, poderá chegar a 76,1 anos, enquanto a proporção de idosos foi de 12,5% em 2015. Nesse sentido, o desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso se impõe como desafios presente e futuro na gestão pública no Brasil.

Assim, o presente estudo teve como objetivo caracterizar os arranjos institucionais presentes na estrutura de governança nas políticas públicas dirigidas aos idosos, com a identificação dos atores participantes e das dimensões condicionantes à sua configuração e funcionamento. Para sua operacionalização, foram escolhidas duas capitais brasileiras como recortes regionais, João Pessoa Paraíba e Cuiabá Mato Grosso, e no aspecto temporal a análise das políticas a partir da promulgação do Estatuto do Idoso, em outubro de 2003, até o ano de 2016.

Registre-se que a questão-problema elaborada no Capítulo 1 intitulada “Como se configuram os arranjos institucionais de governança nas políticas públicas de atenção ao idoso, com base no estudo nos municípios de João Pessoa e Cuiabá?” foi respondida a partir das categorias de análise sintetizadas na Tabela 88, e principalmente na proposição do modelo conceitual de governança, que identificou a relação entre os atores nos arranjos institucionais. Estes são constituídos por instituições estatais, paraestatais e não estatais, tendo como principal ator o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, que congrega em seu interior instituições

governamentais e da sociedade civil. Desse modo, além da questão-problema, o objetivo geral e os específicos foram plenamente atingidos, conforme discorrido na subseção 4.7 e na Tabela 88, e nas análises finais que discorreremos nos próximos parágrafos.

O fenômeno do envelhecimento populacional ocorre em todas as regiões brasileiras e os municípios selecionados vêm acompanhando essas transformações em suas estruturas etárias: a proporção de idosos entre 1991 e 2010, passou de 6,98% para 10,32% em João Pessoa, e de 4,80% para 8,13% em Cuiabá, e a expectativa de vida, em 2010, chegou aos 74,9 anos e 75 anos, respectivamente. A taxa de fecundidade nesse intervalo de tempo saiu de 2,5 para 1,5 em João Pessoa, e de 2,5 para 1,8 em Cuiabá, tendo a proporção de crianças (até 14 anos) reduzida de 33,41% para 22,22% e de 36,25% para 23,11%, respectivamente.

Ademais, outras características socioeconômicas demonstram que estas cidades apresentam problemas que refletem no campo das políticas públicas para uma população envelhecida. Em 2010, até 73,3% dos domicílios de João Pessoa tinham renda até dois salários mínimos, 30,3% de pessoas vulneráveis à pobreza e uma alta concentração de renda demonstrada pelo Índice de Gini (0,62). Em Cuiabá, até 67,1% dos domicílios tinham renda de até dois salários mínimos, 17,21% de pessoas vulneráveis à pobreza e Índice de Gini igual a 0,59. São cidades históricas, com altas taxas de urbanização (João Pessoa, 99,6%; Cuiabá 98,1%), marcadas pelo desenvolvimento desigual em seus bairros e regiões administrativas.

Desse modo, surgem demandas nas mais diversas áreas, em especial na Saúde e Assistência Social, que devem ser atendidas por meio das políticas públicas. Estas devem ser desenvolvidas de forma articulada e conjunta pelos três entes federativos (Federal, Estadual e Municipal), sendo este último o responsável direto, por se constituir como agente público capaz de compreender as necessidades locais. No nível municipal, faz-se necessária a intersetorialidade ou transversalidade no que se refere ao processo de desenvolvimento das políticas.

Em nível federal, identificou um arcabouço legal de proteção e garantia dos direitos da pessoa idosa, destacando-se a Constituição Federal (1988), Lei Orgânica da Assistência Social LOAS (1993), Política Nacional do Idoso (1994), Política Nacional de Cuidadores de Idosos (1999), Prioridade no Atendimento ao Idoso (2000), Estatuto do Idoso (2003), Política Nacional da Saúde Pública da Pessoa Idosa (2006), Benefício de Prestação Continuada (2007) e Organização da

Assistência Social (2011). Além disso, verificou-se a existência de programas, projetos e ações elaborados e executados por meio de Ministérios, e dirigidos aos idosos entre 2003 e 2015, dentre os quais Transportes, Cidades, Educação, Turismo, Trabalho e Emprego, Saúde e Desenvolvimento Social.

A criação do Estatuto do Idoso, em 2003, marca uma nova etapa no atendimento ao idoso, ao estabelecer as competências para as áreas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Lazer, Profissionalização e Trabalho, Previdência Social, Assistência Social, Habitação e Transporte. Este documento legal determina as medidas que devem ser tomadas em níveis estadual e municipal. Nesse sentido, foi possível identificar um conjunto de leis e decretos nos territórios estudados, desde 2003, compreendendo as áreas supracitadas.

Além do aparato legal, os municípios têm uma estrutura administrativa e governamental que dá suporte ao desenvolvimento das políticas públicas do idoso, em especial as Secretarias de Desenvolvimento Social (SEDES) e Saúde (SMS), em João Pessoa, e Secretarias de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH) e Saúde (SMS), em Cuiabá.

Na Assistência Social, a SEDES João Pessoa tem duas diretorias responsáveis por políticas sociais: Diretoria de Assistência Social (DAS), responsável pelas coordenações do CRAS, CREAS, PAPPI, Centro Pop, Abordagem Social-Ruarter, Bolsa Família e CadÚnico; e a Diretoria de Organização Comunitária e Participação Social (DIPOP), que coordena o Centro Intergeracional e os Centros de Referência da Cidadania. A SMASDH Cuiabá tem a Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Políticas Sociais (DGDPS), à qual estão ligadas as coordenações do CRAS, CREAS, CCI e Bolsa Família.

Na Saúde, a SMS João Pessoa tem a Coordenação da Atenção Básica, que gerencia o programa Academia de Saúde, Projeto João Pessoa Vida Saudável e os Grupos de Convivência nas Unidades Saúde da Família, e a Coordenação de Atenção Especializada (Média e Alta Complexidades), a qual está ligado o Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI). A SMS Cuiabá tem a Diretoria de Atenção Básica (ou Primária), a quem está subordinada a Coordenação Especial Assistência de Educação e Saúde, que desenvolve o Programa Municipal de Atenção à Saúde do Idoso; e a Diretoria de Atenção Secundária e Terciária (ou Média e Alta Complexidades).

O Conselho de Direitos do Idoso se caracteriza como o principal responsável pela formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas, tendo em seus representantes órgãos governamentais e instituições da sociedade civil. É um arranjo que vem se fortalecendo ao longo do tempo, na medida em que a problemática do envelhecimento do idoso se evidencia na sociedade e perante o poder público. Em nível nacional, foi criado e vetado em 1994, sendo recriado no ano 2002, por meio de decreto. No Estado da Paraíba, em 2000, Mato Grosso (1994), município de João Pessoa (2000) e Cuiabá (1993). Ademais, conselhos setoriais de Saúde e Assistência Social também se apresentam como relevantes no campo das políticas públicas do idoso.

Além dos conselhos, a concepção de políticas ocorre por meio das Conferências do Idoso e dos Ministérios, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais. Estas últimas também se configuraram como as principais executoras das políticas, programas, projetos e ações. Foram levantados 22 em João Pessoa e 18 em Cuiabá, sendo que as áreas de Saúde (referenciada no SUS) e Assistência Social (referenciada no SUAS), contemplam a maior parte das políticas. Destacam-se em João Pessoa o IPM-JP, responsável pelos programas executados no Clube da Pessoa Idosa e o evento São João do Idoso, e Cuiabá a SEMOB, com ações importantes na área de transporte, mobilidade e acessibilidade.

Os CRAS, CREAS, USF e Centros de Saúde (CS) se constituem como as principais unidades públicas executoras das políticas, além do Clube da Pessoa Idosa e Centros de Referência da Cidadania, em João Pessoa, e Centros de Convivência de Idosos (CCI), em Cuiabá. Esta última se destaca no município por desenvolver atividades de lazer, esportivas, físicas, culturais, sociais e de saúde desde 1999. No CCI a parceria entre a Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH) e Secretaria Municipal de Educação (SEM) resultou no projeto Alfabetização Melhor Idade, permitindo inclusão social e empoderamento do idoso por meio da educação.

Em João Pessoa, ressaltam-se o Projeto João Pessoa Vida Saudável, que atua na prevenção de saúde do idoso, e o CAISI, política de atenção especial de saúde (média e alta complexidades) que oferece serviços ambulatoriais em várias especialidades (reumatologia, cardiologia, fonoaudiologia) além de academia, acolhimento e grupos de convivência.

Uma abordagem importante no contexto das políticas públicas é seu gerenciamento em termos de territórios, ou seja, como as mesmas estão distribuídas e chegam aos locais onde se encontram seus principais beneficiários. Nos dois municípios, há uma divisão administrativa em quatro regiões: Norte, Sul, Leste e Oeste. Todas apresentam diversidades socioeconômicas, culturais e demográficas nos bairros, comunidades e localidades existentes, sendo que na Leste se localizam os bairros com maior renda nos dois municípios. Em João Pessoa, são 70 bairros e mais de 200 comunidades anexadas aos mesmos. Em Cuiabá, são 4 distritos, 4 Áreas de Expansão Urbana (AEU), 119 bairros e 397 localidades ligadas a estes.

Esses dados já mostram o quanto é dificultosa a gestão de territórios no que se refere à disponibilidade das políticas da forma mais harmoniosa possível. Por mais que o CRAS, por exemplo, atinja 88,6% da zona urbana de João Pessoa e 92,4% em Cuiabá, sabe-se que muitos espaços ficam descobertos, muitos deles onde vivem populações pobres que necessitam das políticas e programas sociais. Essa realidade foi observada na pesquisa empírica, exigindo da gestão pública soluções para esses problemas, diante de um cenário econômico controverso.

Na área da Saúde, a gestão de territórios em João Pessoa consiste na divisão em cinco Distritos Sanitários e em Cuiabá em cinco Regionais de Saúde, dentre elas a Zona Rural. As unidades de atenção básica e especializada chegam a todas as áreas, porém com a mesma dificuldade encontrada pelas políticas do SUAS, de atingir todos os beneficiários das políticas. Sabe-se que a população idosa tem mais dificuldade de locomoção, daí a importância dos serviços mais acessíveis. As USF e CS, da atenção básica, cobrem 71,8% da cidade de João Pessoa e 44,7% da área urbana de Cuiabá. Nessa última, há três USF em distritos rurais do município.

Além do componente territorial, considerando os limites do município, a repercussão de políticas públicas desenvolvidas nas capitais chega às cidades circunvizinhas e até outras mais distantes, principalmente na área de saúde. Em João Pessoa, as atividades executadas no Clube da Pessoa Idosa e Centros de Referência da Cidadania atendem idosos de outros municípios, o mesmo ocorrendo com os Centros de Convivência do Idoso em Cuiabá. Assim, embora os gestores tentem estabelecer os limites, nas políticas de assistência social, a mobilidade e aproximação geográfica e cultural são determinantes para que idosos participem e se beneficiem das mesmas.

O trabalho apresenta as seguintes contribuições: em termos *teóricos*, a proposição de um modelo conceitual de governança no campo das políticas públicas para idosos, que formam o estrato populacional de maior crescimento atualmente, e apresentam necessidades específicas que devem ser atendidas pela gestão pública; em termos *metodológicos*, a pesquisa de natureza qualitativa comparando dois municípios, capitais de Estados, no que se refere ao desenvolvimento das políticas públicas e os arranjos institucionais presentes na estrutura de governança; em termos *empíricos*, os resultados contemplando desde as características populacionais, demográficas, sociais, econômicas e estruturais, passando pela legislação (federal, estaduais e municipais) a respeito dos direitos do idoso e os conselhos de direitos e setoriais (saúde e assistência social), até todas as políticas, programas, projetos e ações desenvolvidas no período de 2003 a 2016 e os arranjos institucionais presentes na estrutura de governança.

No entanto, apresenta limitações que possam ser superadas por novos estudos sobre o tema: o estudo foi apenas qualitativo, não permitindo medições e testes de hipóteses mais robustos, dessa forma sugere-se que novos estudos possam desenvolver escalas de avaliação considerando os mais diversos atores (gestores, implementadores, técnicos, beneficiários); limitou-se a dois municípios capitais de duas regiões brasileiras (Nordeste e Centro-oeste), e para maior robustez dos resultados, novos estudos podem ampliar os territórios, considerando uma capital das demais regiões (Sul, Sudeste e Norte); o trabalho não avaliou a opinião e participação dos idosos como sujeitos de pesquisa, deixando uma lacuna para novos estudos sobre o tema.

Outras sugestões se tornam relevantes, tais como: pesquisar a população idosa dos municípios que compõem a microrregião das capitais; incluir os gestores públicos desses municípios no rol de sujeitos como forma de identificar, por exemplo, se participam da estrutura de governança nas políticas públicas; levantar as políticas, programas, projetos e ações dirigidas aos idosos nesses municípios, para avaliar a sua dependência em relação ao grande centro urbano, no caso as capitais de Estado; além disso, outros trabalhos podem delimitar novos territórios em grandes municípios no interior do país, que também apresentam mudanças relevantes na sua estrutura etária.

Conclui-se a presente tese enfatizando que as políticas públicas do idoso, no âmbito dos municípios estudados, vinham se institucionalizando e se legitimando por

meio de seus atores, sobretudo, os Conselhos Municipais do Idoso e Assistência Social, secretarias de saúde e assistência social, entidades da sociedade civil em defesa dos direitos do idoso, bem como os gestores públicos envolvidos. Não obstante, sua efetividade e continuidade ainda tem implicações com mudanças de governos, equipes de trabalho, regras e procedimentos, e da falta de recursos e estruturas, enfraquecendo-as.

Nesse contexto, a configuração de governança se torna essencial para impor maior transparência e legalidade no desenvolvimento das políticas. O resultado da tese demonstra que são necessários arranjos constituídos por atores estatais, paraestatais e não estatais, no conjunto e em torno de cada política, de modo a contemplar todas as áreas que atendam às necessidades da pessoa idosa (por exemplo, saúde, assistência social, transporte), em uma ação intersetorial e interfederativa. Entretanto, a atuação dos atores na estrutura de governança está condicionada a seis dimensões: estrutural-administrativa e funcional, político-legal, econômico-financeira, informacional, institucional e sócio demográfica.

Essas dimensões estão presentes nos ambientes interno e externo à estrutura governamental e administrativa e são determinantes na definição de diretrizes das políticas públicas, seja na sua elaboração, aprimoramento e continuidade. A mudança demográfica em curso certamente apresentará um desafio ainda maior no âmbito das políticas públicas, e portanto, para o campo de estudos da Administração.

REFERÊNCIAS

- AGRANOFF, R.; McGUIRE, M. American Federalism and the Search for Models of Management. **Public Administration Review**, v. 61, n. 6, p. 671-681, 2001.
- AIRES, L. **Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional**. 1 ed. Universidade Aberta, Outubro de 2011.
- AKERMAN, M.; SÁ, R.F.; MOYSES, S.; REZENDE, R.; ROCHA, D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.
- AKOMPAB, D.A; BI, P.; WILLIAMS, S.; SANIOTIS, A.; WALKER, I.A.; AUGOUSTINOS, M. Engaging Stakeholders in an Adaptation Process: governance, an institutional arrangements in heal-healthy policy development in Adelaide, Australia. **Mitigation and Adaptation Strategies for Global Change**, v. 18, n. 7, p. 1001-1018, Oct. 2013.
- ALENCAR, M.S.S.; CARVALHO, C.M.R.G. O Envelhecimento pela Ótica Conceitual, Sócio demográfica e Político-Educacional: ênfase na experiência piauiense. **Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 29, p. 435-444, Abr./Jun. 2009.
- ALMEIDA, M.H.T.; CARNEIRO, L.P. Liderança Local, Democracia e Políticas Públicas no Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 124-147, 2003.
- ALVES, V.P.; VIANNA, L.G. Políticas Públicas para a Educação Gerontológica na Perspectiva da Inserção Social do Idoso: desafios e possibilidades. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas Educacionais**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 68, p. 489-510, Jul./Set. 2010.
- AMARAL, F.L.J.S.; MOTTA, M.H.A.; SILVA, L.P.G.; ALVES, S.B. Fatores Associados com a Dificuldade no Acesso de Idosos com Deficiências aos Serviços de Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2991-3001, 2012.
- AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Long-Term Care of the Elderly. Health and Public Policy Committee. **Annals of Internal Medicine**, v. 100, n. 5, p. 760-763, May 1984.
- ANDRADE, J.R. Rede de Atores: uma nova forma de Gestão das Políticas Públicas no Brasil? **Gestão e Regionalidade**, n. 64, p. 52-66, Mai./Ago. 2006.
- ANDRADE, L.M.; SENA, E.L.S.; PINHEIRO, G.M.L; MEIRA, E.C.; LIRA, L.S.S.P. Políticas Públicas para Pessoas Idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, 2013.
- ARAÚJO, L.F.; COUTINHO, M.P.L.; CARVALHO, V.A.M.L. Representações Sociais da Velhice entre Idosos que Participam de Grupos de Convivência. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 25, n. 1, p. 118-131, 2005.
- ARRETCHE, M. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. **RBCS**, v. 14, n. 40, p. 111-141, Junho 1999.

ARRETCHE, M. **Uma Contribuição para Fazermos Avaliações menos Ingênuas.** In: BARREIRA, M.C.R.N.; CARVALHO, M.C.B. Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas Públicas e Programas Sociais. São Paulo: IEE/PUC, 2002.

ARRETCHE, M. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ARRETCHE, M. Federalismo e Igualdade Territorial: uma contradição de termos? **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

ARRUDA, J.E.A. Reflexões sobre o Idoso e o Programa Universidade da Terceira Idade. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 94-113, Jul./Dez. 2007.

ATA DA ASSEMBLEIA DA ELEIÇÃO DO CNDI. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/eleicoes-cndi-bienio-2016-2018/ata-da-assembleia-de-eleicao-do-cndi-de-28-de-setembro-de-2016>. Acesso em: 25 de dezembro de 2016.

AZEVEDO, C.E.; OLIVEIRA, L.G.L.; GONZALEZ, R.K.; ABDALA, M.M. A Estratégia de Triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. **Anais... IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade - EnEPQ**, Brasília - DF, 3 a 5 de novembro de 2013.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas Intersetoriais nas Políticas Públicas de Promoção de Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E.M.B. Snowball (Bola de Neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. **Anais... X Congresso Nacional de Educação - EDUCERE**, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 7 a 10 de novembro de 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Editora 70, 2012.

BARRETO, K.M.L.; CARVALHO, E.M.F.; FALCÃO, I.V.; LESSA, F.J.D.; LEITE, V.M.M. Perfil Sócio epidemiológico Demográfico das Mulheres Idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no Estado de Pernambuco. **Rev. Brasileira de Saúde e Maternidade Infantil**, v.3, n. 3, p. 339-354, Julho/Setembro 2003.

BARROS, M.E.B.; GUEDES, C.R.; ROZA, M.M.R. O Apoio Institucional como Método de Análise-Intervenção no Âmbito das Políticas Públicas de Saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, 2011.

BATISTA, K.S.C. **Município**. In: CASTRO, C.L.F.; GONTIJO, C.R.B.; AMABILE, A.E.N. (Organizadores) Dicionário de Políticas Públicas. Barbacena: EdUEMG, 2012.

BELON, A.P.; LIMA, M.G.; BARROS, M.B.T. Gender Differences in Healthy Life Expectancy among Brazilian Elderly. **Healthy and Quality of Life Outcomes**, v. 12, n. 88, p. 1-10, 2014.

BERDEGUÉ, J.A.; CARIAZO, F.; JARA, B.; MODREGO, F.; SOLOAGA, J. Cities, Territoriais, and Inclusive Growth: unraveling urban-rural linkages in Chile, Colombia, and Mexico. **World Development**, v. 73, p. 56-71, 2015.

BERTHÉ, A.; BERTHÉ-SANOU, L.; KONATÉ, B.; HIEN, H.; TOU, F.; DRABO, M.; BADINI-KINDA, F.; MACQ, J. The Elderly in Sub-Saharan Africa: a vulnerable population often ignored in public policy. **Santé Publique (Vandoeuvre-ter-Nancy, France)**, v. 25, n. 3, p. 367-371, 2013.

BESTETTI, M.L.T.; CHIARELI, T.M. Planejamento Criativo em Instituições de Longa Permanência para Idosos: estudo de caso em Foz do Iguaçu – PR. **Perspectiva em Gestão e Conhecimento**, João Pessoa, v. 2, n. 1, p. 36-51, Jan./Jun. 2012.

BINNEY, E.A.; ESTES, C.L.; INGMAN, S.R. Medicalization, Public Policy and the Elderly: social services in Jeopardy? **Social Science and Medicine**, v. 30, n. 7, p. 761-771, 1990.

BLANCO, P.H.M.; CASTILHO, M.M.; BLANCO, T.H.M.; CORTEZ, L.E.R. Mobilidade Urbana no Contexto do Idoso. **Revista Cezama Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, v. 19, n. 1, p. 143-155, Jan./Jun. 2014.

BOCHEL, M. Public Policy and Residential Provision for the Elderly. **Geo Forum**, v. 19, Issue 4, p. 467-477, 1988.

BÓDI, D.C. The Third Age Identity Crisis: truth or dare. **Series VII: Social Sciences. Law**. v. 5, n. 54, p. 121-126, 2012.

BORGES, A. Federalismo, Dinâmica Eleitoral e Políticas Públicas no Brasil: uma tipologia e algumas hipóteses. **Sociologias**, Porto Alegre, Ano 12, n. 24, p. 120-157, Mai./Ago. 2010.

BORGES, P.L.C.; BRÊTAS, R.P.; AZEVEDO, S.F.; BARBOSA, J.M.M. Perfil dos Idosos Frequentadores de Grupos de Convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2798-2808, Dez. 2008.

BOSCHI, R.R. Descentralização, Clientelismo e Capital Social na Governança Urbana: comparando Belo Horizonte e Salvador. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 42, 1999.

BRANDÃO, C.A. Teorias, Estratégias e Políticas Regionais e Urbanas Urgentes: anotações para uma agenda do desenvolvimento territorializado. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n. 107, p. 57-76, Jul./Dez. 2004.

BRASIL, A.C.O. Promoção de Saúde e Funcionalidade Humana. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, v. 26, n. 1, p. 1-3, Jan./Mar. 2013.

BRASIL (2015). **Guia de Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal para a População Idosa: Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo**. Neuza Pivatto Muller (Org.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015.

BRASIL (2013). **Dez Anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: Repertórios e Implicações de um Processo Democrático**. Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Neuza Pivatto Muller, Adriana Parada (Orgs.). - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Política Nacional da Pessoa Idosa**. Decreto n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>. Acesso em: 16 de março de 2015.

BRASIL (2003). Casa Civil. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

BRASIL. Casa Civil. **Conselho Nacional dos Direitos do Idoso**. Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4227.htm. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Regulamentação da Política Nacional do Idoso**. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm. Acesso em: 21 de março de 2015.

BRASIL. Casa Civil. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

BRASIL. Casa Civil. **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

BRASIL (1988). **Constituição Federal**, promulgada a 05/10/1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 de fevereiro de 2015.

BRESSER-PEREIRA, L. C. The Structural Public Governance Model. **International Public Management Review**, v. 8, n. 1, p. 16-32, 2007.

BRESSER-PEREIRA, L.C. **A Reforma do Estado nos Anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p. (Cadernos MARE da reforma do estado, v. 1).

BUNKHAUSER, R.; DUNCAN, G. United States Public Policy and the Elderly. **Journal of Population Economics**, v. 4, n. 3, p. 217-231, 1991.

CABRAL, B.E.S.L.; NÓBREGA, C.V.A.R.N.; SILVA, K.G.; CALADO, L.R.; CARTAXO, R.J.S. Programa Interdisciplinar de Apoio à Terceira Idade. **Anais... 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**, Belo Horizonte, 12 a 15 Set. 2004.

CABRAL, R.W.L.; SANTOS, S.R.; MENEZES, K.D.N.B.; ALBUQUERQUE, A.V.; MEDEIROS, A.L. Fatores Sociais e Melhoria da Qualidade de Vida na Terceira do Idoso: revisão sistemática. **Rev. de Enfermagem UFPE on Line**, v.7, n. 5, p. 1434-1442, Maio/2013.

CAMARAMO, A. **Envelhecimento da População Brasileira**: uma contribuição demográfica. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 2002.

CAMARAMO, A. **Como vai o Idoso Brasileiro?** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 1999.

CAPELLA, A.C.N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. **BIB**, São Paulo, n. 61, p. 25-52, Jan./Jun. 2006.

CAPORICCI, S.; OLIVEIRA NETO, M.F. Estudo Comparativo de Idosos Ativos e Inativos através da Medição das Atividades da Vida Diária e Medição da Qualidade de Vida. **Motricidade**, v. 7, n. 2, p. 15-24, 2011.

CARLEI, V.; MARRA, A.; POZZI, C. Public Governance, Human Capital and Environmental Outcomes: an Analysis Based on Self-Organizing Maps. **Environmental Policy and Governance**, v. 22, p. 116-126, 2012.

CARVALHO, V.A.; SILVA, M.R.F. Política de Segurança Pública no Brasil: avanços, limites e desafios. **Revista Katálogo**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 59-67, Jan./Jun. 2011.

CARVALHO, A.; REA, I.M.; PARIMON, T.; CASACK, B.J. Physical Activity and Cognitive Function in Individuals over 60 Years of Age: a systematic review. **Clinical Interventions in Aging**, v. 9, p. 661-682, 2014.

CARVALHO, A.C.; VIEIRA, M.M.F.; SILVA, S.M.G. A Trajetória Conservadora da Teoria Institucional. **Gestão.org – Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, Propad – UFPE, v. 10, n. especial, p. 469-496, Dez. 2012.

CATTANI, A.D.; FERRARINI, A.V. Participação, Desenvolvimento Local e Políticas Públicas: estratégias articuladas para a superação da pobreza. **Revista Katálogo**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 164-172, Jul./Dez. 2010.

CAVALCANTE, P.; RIBEIRO, B.B. O Sistema Único de Assistência Social: resultados da implementação da política nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 1459-1477, Nov./Dez. 2012.

CAVALCANTI, M.L.T.; SOUZA, E.R. Percepções de Gestores e Profissionais de Saúde a Atenção aos Idosos Vítimas de Violência no Município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2699-2708, 2010.

CHEUNG, C.K. Public Policies that Help Foster Social Inclusion. **Social Indicators**, v. 112, n.1, p. 47-68, 2013.

CHIAO, C.; KSOBIECH, K.; WEI, C.Y. National Health Insurance and Life Satisfaction in Late Life: longitudinal findings from a natural experiment in Taiwan. **Journal of Public Health Advance**, p. 1-9, June 3, 2013.

CLINE, K.D. Defining the Implementation Problem: organizational management versus cooperation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Oxford, v. 10, n. 3, p. 5511-571, 2000.

COHN, A.; BUDJOSO, Y.L. Participação Social e a Gestão Pública no Sistema Único de Saúde. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, v. 27, n. 1, p. 34-48, Jun. 2015.

COMDIPI – CUIABÁ (2016a). **Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa**. Disponível em: <http://www.comdipicba.com.br/>. Acesso em: 9 de janeiro de 2017.

COMDIPI – CUIABÁ (2016b). **Cartilha do Idoso**. 2016.

COSTA, F.L.; CASTANHAR, J.C. Avaliação de Programas Públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, Set./Out. 2003.

CRESWELL, J.W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa**. 3 ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUIABÁ (2016). Disponível em: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/principal>. Acesso em: 28 de dezembro de 2016.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. **Composição dos Bairros 2013: Data-Base – 2011**. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano. Cuiabá: 2013.

CUNHA, M.S.; SOUZA NETO, J. Comitês de Governança de Tecnologia da Informação na Administração Pública Federal Brasileira: fatores críticos de sucesso. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 355-381, Jul./Set. 2014.

DAET/SAS/MS. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 3 ed. Brasília – DF, 2014.

DALABRIDA, V.R.; BECKER, D.F. **Dinâmica Territorial do Desenvolvimento**. In: *Desenvolvimento Regional: abordagens interdisciplinares*, 2008.

DEGENSZAJN, R.R.; COUTO, B.R.; YAZBEK, M.C. O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: apresentando a pesquisa, problematizando a política social. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís - MA, n. especial, p. 453-460, Out. 2012.

DELAMAZA, G.; ROBLES, C.; MONTECINOS, E.; OCHSENIUS, C.D. Public Policy Networks and Social Participation Agendas during the Post-transition in Chile: challenging politics or recreating its limitations? **Gestion y Política Publica**, v. 21, n. 1, p. 45-86, 2012.

DELGADO, A.B.; TRIANA, D.R.R.; SAYAGO, D.A.V. A Contribuição das Redes Sociais na Elaboração de Políticas Públicas Participativas. **Anais... Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas: aproximando agendas e agentes**, UNESP, Araraquara – SP, 23 a 25 de Abril de 2013.

DELGADO, N.G.; LEITE, S.P. Políticas de Desenvolvimento Rural Brasileiro: novas institucionalidades e protagonismo de atores. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 431-473, 2011.

DENHARDT, R.B. **Teorias da Administração Pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

DENHARDT, R.B.; DENHARDT, J.V. The New Public Service: an approach to reform. **International Review of Public Administration**, v. 8, n. 1, p. 3-36, Jan./Jun. 2009.

DESJARDINS, R.; RUBENSON, K. Participation Patter in Adult Education: the role of institutions and public policy frameworks in resolving coordination problems. **European Journal of Education**, v. 48, n. 2, p. 262-280, 2013.

DIÁRIO OFICIAL DE CONTAS. **Tribunal de Contas de Mato Grosso**. Ano 5, n. 921, p. 27, 2 de agosto de 2016.

DIAS, T.; CARIO, S.A.F. Governança Pública: ensaiando uma concepção. **Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 89-108, Set./Dez. 2014.

DIEGUES, G.C. O Controle Social e Participação nas Políticas Públicas: o caso dos conselhos municipais. **Revista NAU Social**, v. 4, n. 6, p. 82-93, Mai./Out. 2013

DIPOP. Diretoria de Organização Comunitária e Participação Popular. **Divisão dos Centros de Referência da Cidadania**. Município de João Pessoa, 2016.

DONALDSON, T.; PRESTON, L.E. The Stakeholder Theory of the Corporation: concepts, evidence, and implications. **The Academy of Management Review**, v. 20, n. 1, p. 65-91, 1995.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e Dinâmica do Federalismo Sanitário Brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DRAIBE, S.M. **Avaliação de Implementação: esboço de uma metodologia de trabalho de políticas pública**. In: BARREIRA, M.C.R.N.; CARVALHO, M.C.B. Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas Públicas e Programas Sociais. São Paulo: IEE/PUC, 2002.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos Arranjos Domiciliares para o Suprimento de Demandas Assistenciais dos Idosos com Comprometimento Funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 17, n. 5-6, p. 370-378, 2005.

ELLIS, B.; LEAHY, M. A Mutually Beneficial Relationship: University of the Third Age and a Regional University Campus. **Journal of Community Research and Engagement**, v. 4, p. 154-167, 2011.

EHLER, F. New Public Governance and Activation. **International Journal of Sociology and Social Policy**, v. 32, n. 5-6, p. 327-339, 2012.

ESTEVE, J.M.P. **Governança Democrática: construção coletiva do desenvolvimento das cidades**. Tradução: João Carlos Vitor Garcia. Belo Horizonte: Editora UFJF, 2009.

FARAH, M.F.S. Disseminação de Inovações e Políticas Públicas e Espaço Local. **O&S**, v. 15, n. 45, p. 107-126, Abr./Jun. 2008.

FARAH, M.F.S. Parcerias, Novos Arranjos Institucionais e Políticas Públicas no Nível Local de Governo. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-144, Jan./Fev. 2001.

FARENZENA, N. Relações Intergovernamentais nas Políticas de Educação Básica no Brasil: a assistência da União aos governos subnacionais em foco. **Revista Uruguaya de Ciência Política**, v. 21, n. 1, p. 183-202, Enero-Junio 2012.

FARIA, C.A.P. Implementação: ainda o “elo perdido” da análise de política pública no Brasil? **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 13-36, Mai./Ago. 2012.

FÉLIX, J. **Viver Muito: outras ideias sobre envelhecer bem no séc. XXI (e como isso afeta a economia e seu futuro)**. São Paulo: Leya, 2010.

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. O Desenvolvimento de Políticas Públicas de Atenção ao Idoso no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem, USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FIANI, R. **Arranjos Institucionais e Desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas**. In: Capacidades Estatais e Democracia: arranjos institucionais de políticas públicas. Brasília: IPEA, 2014.

FIGARO, R. A Triangulação Metodológica em Pesquisas sobre a Comunicação no Mundo do Trabalho. **Revista Fronteiras – estudos midiáticos**, v. 16, n. 2, p. 124-131, Mai./Ago. 2014.

FIGUEIREDO, V.S.; SANTO, W.J.L. Transparência e Participação Social da Gestão Pública: análise crítica das propostas apresentadas na primeira Conferência Nacional sobre Transparência Pública. **Revista de Contabilidade e Controladoria**, UFPR, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 73-88, Jan./Abr. 2014.

FINATTO, R.A.; LENZ, T.C.Z. Desenvolvimento Territorial e Políticas Públicas para a Agricultura Familiar: reflexões a partir da experiência recente do Brasil. **Anais... XXI Encontro Nacional de Geografia Agrária**, Uberlândia - MG, 15 a 19 de Outubro de 2012.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.L.M.; KROMEMBERGER, T.S; ZANI, F.B. Governança Local no Sistema Descentralizado de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.

FONTANELLA, B.J.B.; MAGDALENO JR. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: contribuições psicanalísticas. **Psicologia em Saúde**, Maringá - PR, v. 17, n. 1, p. 63-71, Jan./Mar. 2012.

FONTANELLA, B.J.B.; LUCHESI, B.M.; SAIDEL, M.G.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R.; MELO, D.G. Amostragem em Pesquisas Qualitativas: proposta de procedimento para constatar saturação teórica. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, Fev. 2011.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: contribuições teóricas. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008.

FORMOSA, M. Four Decades of Universities of the Third Age: past, present, future. **Ageing and Society, Cambridge Journal**, p. 1-25, 2012.

FREIRE JR., R.C.F.; ARÊAS, G.P.T.; ARÊAS, F.S.Z.; BARBOSA, L.G. Estudo de Acessibilidade de Idosos ao Centro da Cidade de Caratinga, MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 541-558, 2013.

FREITAS, A.F.; FREITAS, A.F.; DIAS, M.M. O Colegiado de Desenvolvimento Territorial e a Gestão Social de Políticas Públicas: o caso do Território Serra do Brigadeiro, Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1201-1223, Set./Out. 2012.

FREITAS, M.A.V.; SCHEICHER, M.E. Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 395-401, 2010.

GANDARA, J.M.G; CAMPOS, C.J.; CAMARGO, L.A.R; BRUNELLI, L.H. Viabilizando a Relação entre a Cultura e o Turismo: diretrizes para o estabelecimento de políticas

integradas entre os dois setores. **Turismo – Visão e Ação**, v. 8, n. 1, p. 129-140, Jan./Abr. 2006.

GARGETT, S. Public Police and the Dependency of Nursing Home Residents in Australian:1968-1969 to 2006-2007. **Health Policy**, v. 96, n. 2, p. 143-153, 2010.

GIACOMIN, K.C. **Panorama dos 10 Anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso**. In: Dez Anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: Repertórios e Implicações de um Processo Democrático. Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Neusa Pivatto Muller, Adriana Parada (Orgs.). - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GILLEARD, C.; HIGGS, P. The Third Age: class, cohort or generation? **Ageing and Society**, Cambridge, v. 22, p. 369-382, 2002.

GIOVANELLA, L.; VAITSMAN, S.E.; MAGALHÃES, R.; COSTA, N.R. Health and Inequality: institutions and public policies in the 21st century. **Revista Panamericana Salud Public**, v. 11, n. 5-6, p. 466-470, 2002.

GODOY, A.M.G; SOUZA, G.M. Descentralização e os Conselhos Municipais. **Revista Estudos do CEPE**, Santa Cruz do Sul, n. 33, p. 157-179, Jan./Jun. 2011.

GOHN, M.G. Empoderamento e Participação da Comunidade em Políticas Sociais. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 20-31, Mai./Ago. 2004.

GOMES, L.; LOURES, M.C.; ALENCAR, J. Universidades Abertas da Terceira Idade. **Revista Diálogos**, v. 4, p. 84-94, 2004.

GOMES, P.S; PAMPLONA, J.B. Envelhecimento Populacional, Mercado de Trabalho e Políticas Públicas de Emprego nos Países da OCDE. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 25, n. 2(46), p. 127-151, Jul./Dez. 2014.

GOMIDE, A.A.; PIRES, R.R.C. **Capacidades Estatais e Democracia: a abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas**. In: Capacidades Estatais e Democracia: arranjos institucionais de políticas públicas. Brasília: IPEA, 2014.

GOULART JR., E.; MERGULHÃO, L.R.; CÂNEO, L.C.; NAJM, M.B.; LUNARDELLI, M.C.F. Consideração sobre a Terceira Idade e o Mercado de Trabalho: questionamentos e possibilidades. **Caderno EBAPE.BR**, v. 8, n. 3, Set./2010.

GOULART, S.; VIEIRA, M.M.F.; COSTA, C.F.; KNOPP, G.C. Articulações em Rede e Acontecimentos no Território: subsídios teóricos para a formação de políticas públicas para o desenvolvimento. **RBCEH**, v. 6, n. 3, p. 429-437, Set./Dez. 2009.

GROSSI, G. Public Sector Governance and Accountability. **Critical Perspectives on Accounting**, v. 24, p. 479-487, 2013.

GUIMARÃES, P. Educadores de Adultos em Portugal: políticas fragmentadas, identidades em mudanças. **Ensaio: Avaliação de Políticas Públicas Educacionais**, v. 18, n. 69, p. 775-794, Out./Dez. 2010.

HAIR, JR. J.F.; ANDERSON, R.E.; TATAHM, R.L.; BLACK, W.C. **Análise Multivariada de Dados**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005a.

HAIR, JR. J.F.; BABIN, B.; MONEY, A.H.; SAMONEL, P. **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005b.

HENDAIKS, A.M; HABRAKEN, J.; JANSEN, M.W.J; GUBBELS, J.S.; VRIES, N.K.; OERS, H.V.; MICHIE, S.; ATKINS, L.; KREMERS, S.P.J. 'Are We There Yet?' – Operationalizing the Concept of Integrated Public Health Policies. **Health Policy**, v. 114, Issues 2-3, p. 174-182, February 2014.

HOWLETT, M.; KIM, J.; WEAVER, P. Assessing Instrument Mixes Through Program and Agency-level Data: methodological issues in contemporary implementation research. **Review of Policy Research**, v. 23, n. 1, p. 129-151, 2006.

HUNTER, R.F.; BOERI, M.; TULLY, M.A.; DONNELLY, P.; KEE, F. Addressing Inequalities in Physical Activity Participation: Implications for Public Health Policy and Practice. **Preventive Medicine**, v. 72, p. 64-69, 2015.

IACOVINO, N.M; BARSANTI, S.; CINQUINI, L. Public Organizations Between Old Public Administration, New Public and Public Governance: the case of the Tuscany Region. **Public Organiz Rev.**, 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016). **Estimativas da População em 1 de Julho de 2016**. Disponível em: www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

IBGE CIDADES JOÃO PESSOA (2016). Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250750&search=paraibaj|oao-pessoa>. Acesso em 20 de dezembro de 2016.

IBGE CIDADES CUIABÁ (2016). Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=510340&search=mato-grosso|cuiaba>. Acesso em 21 de dezembro de 2016.

IBGE (2015). Disponível em: www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao. Acesso em: 22 de dezembro de 2015.

IBGE (2015). Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf. Acesso em: 16 de outubro de 2015.

IBGE (2010). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em: 12 de março de 2014

IBGE (2000). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>. Acesso em 15 de março de 2016.

IBGE (1991). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censodem/default_censo1991.shtm. Acesso em 15 de março de 2016.

ILC Brasil (2015) – Centro Internacional de Longevidade Brasil. **Principais Pontos sobre o Envelhecimento no Brasil**. Disponível em: <http://ilcbrazil.org/portugues/principais-fatos/principais-fatos-sobre-o-envelhecimento-no-brasil/>. Acesso em 16 de outubro de 2016.

ILC Brasil (2015) – Centro Internacional de Longevidade Brasil. **Relatório Anual de Atividades**. Disponível em: <http://ilcbrazil.org/portugues/publicacoes/>. Acesso em 16 de outubro de 2016.

IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H. Participação de Idosas em uma Universidade da Terceira Idade: motivos e mudanças ocorridas. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 2, p. 211-216, 2008.

JANUZZI, P.M. **Monitoramento e Avaliação de Programas: uma compilação conceitual e metodológica para orientar a produção de conhecimento para aprimoramento da gestão pública**. In: Avaliação de Políticas Públicas: reflexões acadêmicas sobre o desenvolvimento social e o combate à fome. Brasília - DF: Ministério do Desenvolvimento Social; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2014.

JOÃO PESSOA (2016). Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/>. Acesso em: 26 de dezembro de 2016.

JUSTO, J.S.; ROZENDO, A.S. A Velhice no Estatuto do Idoso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Ano 10, n. 2, p. 471-489, Mai./Ago. 2010.

KAKUMBA, U.; FENELL, S.K. Human Resources Retention in Local Government: review of legend's policy and institutional mechanisms for performance. **Loyola Journal os Social Sciences**, v. 28, n. 2, p. 197-220, July 2014.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O Envelhecimento da População Mundial: um desafio novo. **Rev. de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KAUSHAL, N. How Public Pension Affects Elderly Labor Supply and Well-Being: evidence form Indian. **Word Development**, v. 56, p. 214-225, April 2014.

KIM, H.; KWON, S.; YOON, N.H.; HYUN, K.R. Utilization of Long-Term Care Services Under the Public Long-Term Care Insurance Program in Korea: implications of a subsidy policy. **Health Policy**, v. 111, n. 2, p. 166-174, Jul. 2013.

KISSELER, L.; HEIDEMANN, F.G. Governança Pública: novo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **RAP**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-499, Mai./Jun. 2006.

KLEBA, M.E.; COMERLATTO, D.; FROZZA, K.M. Instrumentos e Mecanismos de Gestão: contribuições a processos decisórios em conselhos de políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 1059-1079, Jul./Ago. 2015.

KUNZLER, C.M. Uma Moradia Digna para os Idosos – ampliando o sentido de dignidade a este direito fundamental. **Mais 60: estudos sobre envelhecimento**, v. 27, n. 64, p. 48-65, Abril 2016.

KUOPPAKANGAS, P. Adopting the Municipal Enterprise Form in Finland: Core Dilemmas in the Transformation of Public Healthcare Organizations. **Public Organization Review**, v. 13, n. 2, p. 155-165, 2013.

LASLETT, P. **A Fresh Map of Life: the emergence of the third age**. Cambridge: Harvard University Press, 1991.

LAWLESS, A.P; WILLIAMS, C.; HURLEY, C.; WILDGOOSE, D.; SAWFORD, A.; KICKBUSCH, J. Health in All Policies: evaluating the South Australian approach to Intersectorial action for Health. **Canadian Journal of Public Health**, v. 103, 7 Supple. 1, p. 15-19, 2012.

LEANDRO-FRANÇA, C.; MURTA, S.G. Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 2, p. 318-329, 2014.

LEI COMPLEMENTAR N. 59/2003. **Criação da Região Metropolitana de João Pessoa.** Disponível em: http://201.65.213.154:8080/sapl/consultas/norma_juridica/norma_juridica_mostrar_pr oc?cod_norma=5579. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

LEI COMPLEMENTAR N. 359/2009. **Dispõe sobre a Criação da Região Metropolitana do Vale do Rio Cuiabá.** Disponível em: <http://app1.sefaz.mt.gov.br/sistema/legislacao/LeiComplEstadual.nsf/9733a1d3f5bb1ab384256710004d4754/9fcbd862aa45ffa8042575c40046cb9d?OpenDocument>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

LEITE, M.T.; HILDEBRANT, L.M.; KIRCHNER, R.M.; WINCK, M.T.; SILVA, L.A.A.; FRANCO, G.P. Estado Cognitivo e Condições de Saúde de Idosos que Participam de Grupos de Convivência. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 64-71, 2012.

LIAO, P.A.; CHANG, H.H.; SUN, L.C. National Health Insurance Program and Life Satisfaction of the Elderly. **Aging and Mental Health**, v. 16, n. 8, p. 983-992, 2012.

LÍCIO, E.C.; MESQUITA, C.S; CURRALERO, C.R.B. Desafios para a Coordenação Intergovernamental do Programa Bolsa Família. **RAE**, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 458-470, Set./Out. 2011.

LIMA, A.N.V. O Desafio da Participação Popular na Construção e Implementação da Política Estadual de Habitação de Interesse Social do Estado da Bahia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1431-1450, Nov./Dez. 2014.

LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; O'DWYER, G.; BAPTISTA, T.W.F.; ANDRADE, C.L.T.; KONDER, M.T. Interdependência Federativa na Política de Saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 595-606, 2015.

LIMA, L.L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, Dez. 2013.

LLROENS, F.A. **Desenvolvimento Econômico Local: caminhos de desafios para a construção de uma nova agenda política**. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

LOPES, F.D.; BALDI, M. Redes como Perspectiva de Análise e como Estrutura de Governança: uma análise das diferentes contribuições. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 1007-1035, Set./Out. 2009.

LOTTA, G. **O Papel das Burocracias do Nível da Rua na Implementação de Políticas Públicas: entre o controle e a discricionariedade**. In: FARIA, C. A (org.). Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática. Belo Horizonte: Editora PUCMINAS, 2012.

LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da Integração nos Novos Arranjos Institucionais de Políticas Públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 57, p. 49-65, Mar. 2016.

LOUREIRO, M.R.; MACÁRIO, V.; GUERRA, P.H. **Democracia, Arenas Decisórias e Políticas Públicas: o programa Minha Casa Minha Vida**. In: Capacidades Estatais e Democracia: arranjos institucionais de políticas públicas. Brasília: IPEA, 2014.

LOURES, M.C.; PORTO, C.C.; BARBOSA, M.A.; FREIRE-FILHA, L.G. Women's Quality of Life: University of the Third Age, Goiás, Brazil. **Revista Salud Pública**, v. 12, n. 3, p. 391-401, 2010.

LUCENA, A.F; BARROS, A.L.B.L. Mapeamento Cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 1, p. 82-91, 2005.

LUSK, R.A. Anticipating the Need of the U.S. Aged in the 21st Century: dilemmas in epidemiology, gerontology, and public policy. **Social Science and Medicine (1982)**, v. 23, n.12, p. 1217-1227, 1986.

MACHADO, S.H.S. O Uso da Teoria de *Stakeholders* em uma Análise da Etapa de Formulação da Política Nacional de Medicamentos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 543-565, Mai./Jun. 2013.

MAFRA, L.A.S.; NAVES, F.L. Gestão de Políticas Sociais: a importância das articulações institucionais e setoriais em programas de segurança alimentar e nutricional. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, artigo 3, p. 35-49, Mar. 2009.

MAGALHÃES, T.G; SOUZA, V.B. O Controle Social no Conselho Municipal do Idoso de Florianópolis: uma análise a partir dos modelos de administração pública, dos modelos de coprodução dos serviços públicos e dos modos de gestão estratégica e social. **Revista de Ciências da Administração**, v. 17, Ed. Especial, p. 149-164, 2015.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de Iniciativas e Programas Intersetoriais em Saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 861-868, 2009.

MARCONDES, N.A.V; BRISOLA, E.M.A. Análise por Triangulação de Método: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista UNIVAP**, São Bernardo do Campo - SP, v. 20, n. 35, p. 201-208, Jul. 2014.

MARTINS, R.D.; VAZ, J.C.; CALDAS, E.L. A Gestão do Desenvolvimento Local no Brasil: (des)articulação de atores, instrumentos e território. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 559-590, Mai./Jun. 2010.

MATIAS-PEREIRA, J. A Governança Corporativa Aplicada no Setor Público Brasileiro. **APGS**, Viçosa – MG, v.2, n. 1, p. 109-134, Jan./Mar. 2010.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de Gestão Pública Contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2007.

MATIAS-PEREIRA, J. Os Desafios da Administração Pública Contemporânea. **Anais... Encontro de Administração Pública e Governança**, São Paulo, ENAPG/ANPAD, p. 1-15, Nov. 2006.

MAYNTZ, R. El Estado y la Sociedad Civil em la Governança Moderna. **Revista del Clad Reforma y Democracia**, n. 21, p. 1-8, 2011.

MEIER, K.J. Governance, Structure and Democracy: Luther Gulivk and the Future of Public Administration. **Public Administration Review**, Special Issue, p. 284-291, December 2010.

MENDES, E.V. 25 Anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MERRIAM, S.B.; KEE, Y. Promoting Community Well-Being: the case for lifelong learning for older adults. **Adult Education Quarterly**, v. 64, n. 2, p. 128-144, 2014.

MINAYO, M.C.S. **Introdução**. In: MINAYO, M.S.C.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.) Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MODREGO, F.; BERDEGUÉ, J.A. A Large-Scale Mapping of Territorial Development Dynamics in Latin America. **World Development**, v. 73, p. 11-31, 2015.

MOEHLECKE, S. As Políticas de Diversidade na Educação no Governo Lula. **Cadernos de Pesquisa**, v. 39, n. 137, p. 461-487, Mai./Ago. 2009.

MOLITERNO, A.C.M.; FALLER, J.W.; BORGHI, A.C.; MARCON, S.S.; CARREIRA, L. Viver em Família e Qualidade de Vida de Idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade. **Revista Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 179-184, Abr./Jun. 2012.

MONTEIRO, J.V. **Os Níveis de Análise das Políticas Públicas**. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (org.). Políticas Públicas. Coletânea v. 4. Brasília: ENAP, 2006.

MORI, G.; SILVA, L.F.; Lazer na Terceira Idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida. **Rev. Motriz**, v. 16, n. 4, p. 950-957, Out./Dez. 2010.

MOSCI, T.L.S.A. **Principais Problemas que Acometem a Saúde do Idoso**. In: Gerontologia. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2013, p. 48-57.

MOURA, G.A.; SOUZA, L.K. Autoimagem, Socialização, Tempo Livre e Lazer: quatro desafios à velhice. **Textos & Contextos**, v. 11, n. 1, p. 172-183, Jan./Jul. 2012.

MUSCAT-AZZOPARDI, N.; LUND, J. Track D9 – Workshop: Elderly Safety in Europe – an issue for public health policy. **European Journal of Public Health**, v. 16, Supplement I, p. 83-85, 2006.

NASCIMENTO, A.M.; FERNANDES, A.S.A. Relações de Cooperação em Consórcios Públicos de Regiões Metropolitanas: análises do CONDIAM/PB e Consórcio Grande Recife/PE. **Teoria e Prática em Administração**, v. 5, n. 1, p. 25-52, 2015.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a Intersetorialidade entre as Políticas Públicas. **Serviço Social e Sociologia**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, Jan./Mar. 2010.

NETUVELI, G.N.; WIGGINS, R.D.; HILDON, Z.; MONTGOMERY, S.M.; BRANE, D. Quality of Life at Older Ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1) **Journal Epidemiol Community Health**, v. 60, p. 357-363, 2006.

NOBRE, L.C.C. Trabalho de Crianças e Adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 963-971, 2003.

OLIVEIRA, B.; CONCONE, M.H.V.B.; LODOVICI, F.M.M.; LOPES, R.G.C. Atenção à Saúde do Idoso: políticas públicas e “saber local”. **Argumentum**, Vitória – (ES), v. 6, n. 1, p. 190-207, Jan./Jun. 2014.

OLIVEIRA, F.J.G. Território, Estado e Políticas Territoriais: análise das políticas de gestão do território e da recente expansão/reconcentração econômica nos espaços metropolitanos. **Anais... XIII Colóquio Internacional de Geocrítica**, El control Del espacio y los espacios de control, Barcelona, 5-10 de mayo de 2014.

OLIVEIRA, F.P.; VANNI, T.; PINTO, H.A.; SANTOS, J.T.R.; FIGUEIREDO, A.M.; ARAÚJO, S.Q.; MATOS, M.F.M.; CYRINO, E.G. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

OLIVEIRA, L.C.P.; FALEIROS, S.M; DINIZ, E.H. Sistemas de Informação em Políticas Sociais Descentralizadas: uma análise sobre a coordenação federativa e práticas de gestão. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 23-49, Jan./Fev. 2015.

OLIVEIRA, R.C.S. A Pesquisa sobre o Idoso no Brasil: diferentes abordagens sobre educação nas teses e dissertações (de 2000 a 2009). **Act Scientiarum Education, Maringá**, v. 35, n. 1, p. 79-87, Jan./Jun. 2013.

OLIVEIRA, R.C.; SCORTEGAGNA, P.A.; OLIVEIRA, F.S. Mudanças Sociais e Saberes: o papel da educação na terceira idade. **RBCEH**, v. 6, n. 3, p. 382-392, Set./Dez. 2009.

OLLAIK, L.G.; MEDEIROS, J.J. Instrumentos Governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisa sobre implementação de políticas públicas no Brasil. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1943-1967, Nov./Dez. 2011.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**, 2015.

OMS (2014). **What is "active ageing"?** Disponível em: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html. Acesso em 24 de fevereiro de 2015.

OMS. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

OMS. **Global Forum for Health Research: the 80/90 Report on Health Research**. Genebra: OMS, 2000.

OMS – **Promoción de la salud**: glosario. Genebra: OMS, 1998.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento**. Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Madri, 2002.

PALOTTI, P.L.M. Descentralização de Políticas Sociais no Federalismo Brasileiro: revisitando problemas de coordenação e autonomia. **Revista do CAAP**, p. 89-117, Jan./Jun. 2009.

PALOTTI, P.L.M.; MACHADO, J.A. Coordenação Federativa e a “Armadilha da Decisão Conjunta”: as comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 399-441, 2014.

PARAÍBA. Disponível em: <http://paraiba.pb.gov.br/governo-disponibiliza-lazer-assistencia-e-moradia-para-idosos-da-paraiba/>. Acesso em: 16 de abril de 2016

PEREIRA, F.A.M. A Evolução da Teoria Institucional nos Estudos Organizacionais: um campo de pesquisa a ser explorado. **Organizações em Contexto**, São Bernardo do Campo, Ano 8, n. 16, p. 275-295, Jul./Dez. 2012.

PEREIRA, V.V.V.R.; MARQUES, L.M.; MARTINS, A.C. Acesso a Serviços Públicos: subsídios à regionalidade administrativa aplicada no espaço rural. **Emancipação**, Ponta Grossa – PR, v. 13, n. 2, p. 183-202, 2013.

PEREIRA JR., N.P.; CAMPOS, G.W.S. O Apoio Institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 18, Supl. 1, p. 895-908, 2014.

PERES, U.D. Custo de Transação e Estrutura de Governança no Setor Público. **RBGN**, São Paulo, v. 9, n. 24, p. 15-30, Mai./Ago. 2007.

PETERS, G. Policy Instruments and Public Management: bridging the gaps. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 10, n. 1, p. 35-47, Jan. 2000.

PINHO, J.A.G.; SACRAMENTO, A.R.S. *Accountability*: já podemos traduzi-la para o português? **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, Nov./Dez. 2009.

PNUD (2016). Desenvolvimento Humano nas Macrorregiões Brasileiras: 2016. Brasília: PNUD: FJP, 2016.

PNUD ATLAS BRASIL (2013). Atlas Brasil 2013. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Tags.aspx?tag=AtlasBrasil2013>. Acesso em: 15 de março de 2016.

PNUD ATLAS BRASIL – JOÃO PESSOA (2013). Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/joao-pessoa_pb. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

PNUD ATLAS BRASIL – CUIABÁ (2013). Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/cuiaba_mt. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

PRESOTO, L.H.; WESTPHAL, M.F. A Participação Social nas Atuação dos Conselhos Municipais de Bertiooga – SP. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 68-77, Jan./Abr. 2005.

PROCOPIUCK, M.; FREY, K. Redes de Políticas Públicas e de Governança e sua Análise a partir da Websphere Analysis. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, v. 17, n. 34, p. 63-83, Out. 2009.

PSYCHOGIOPOULOU, E.; KANDYLA, A. Media Policy-Making in Greece: lessons from digital terrestrial television and the restructuring of public service broadcasting **International Journal of Media and Cultural Politics**, v. 9, n. 2, p. 133-152, 2013.

QUEIROZ, V.S; RAMALHO, H.M.B. A Escolha Ocupacional dos Idosos no Mercado de Trabalho: evidências para o Brasil. **Economia, Selecta**, Brasília – DF, v. 10, n. 4, p. 817-848, Dez. 2009.

QUIROGA, J.; PINTO, A.R.; BICHIR, R.M.; PAULA, R.F.S. **A Pesquisa Aplicada às Políticas Públicas e a Possibilidade de Construção de uma Agenda Estratégica de Avaliação entre Academia e Governo**. In: Avaliação de Políticas Públicas: reflexões acadêmicas sobre o desenvolvimento social e o combate à fome. Brasília - DF: Ministério do Desenvolvimento Social; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2014.

RAEDER, S. Ciclo de Políticas Públicas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 7, n. 13, p. 121-146, Jan./Jun. 2014.

RAMOS, M.F; CEZARE, J.P.; VENDRAMINI, P.R.J.; COUTINHO, S.M.V.; REIS, T.S.; FERNANDES, V. Conselhos Setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão. **Saúde e Sociologia**, São Paulo, v. 21, Supl. 3, p. 61-70, 2012.

RAPP, T.; CHAUVIN, P.; SIRVEN, N. Are Public Subsidies Effective to Reduce Emergency Care? Evidence from the PLASA Study. **Social Science and Medicine**, v. 138, p. 31-37, August 2015.

RAUSSER, G.C; SWINNER, J. Governance Structures, Political Economy and Public Policy. **American Journal of Agricultural Economics**, v. 93, n. 2, p. 310-316, 2014.

REIS, C.N. Inclusão Social: uma proposta de integração articulada de políticas sociais públicas. **Revista Virtual e Textos e Contextos**, Ano IV, n. 4, p. 1-26, Dez. 2005.

REUT, A.Z.; SMOLEN, E.; GAZDOWICZ, L. Subjective Life Satisfaction among the University of the Third Age Students vs. Socio-Demographic Conditions and Health Status. **Medical and Biological Sciences**, v. 26, n. 4, p. 47-54, 2012.

ROCHA, S.V; ALMEIDA, M.M.G.; ARAÚJO, T.M.; SANTOS, L.B; RODRIGUES, W.K.M. Fatores Associados à Atividade Física Insuficientes no Lazer entre Idoso. **Revista Brasileira Medicina Esporte**, v. 19, n. 3, p. 191-195, Mai./Jun. 2013.

ROCHA, R. A Avaliação da Implementação de Políticas Públicas a partir da Perspectiva Neoinstitucional: arranjos e validade. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 2, n. 1, p. 1-12, Março 2014.

RODRIGUES, P.H.A. Desafios Políticos para a Consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde**, Manginhos – RJ, v. 21, n. 1, p. 37-59, Jan./Mar. 2014.

RONCONI, L. Governança Pública: um desafio à democracia. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 21-34, 2011.

ROSSETO, C.R.; ROSSETO, A.M. A Combinação das Perspectivas Institucionais e de Dependência de Recursos no Estudo da Adaptação Estratégica Organizacional. **Teoria Evidência Econômica**, Passo Fundo, v. 7, n. 12, p. 111-136, Maio 1999.

ROSSI, R. A Perspectiva Territorial no Debate das Políticas Públicas: contribuições a partir da problematização geográfica. **GeoGraphos**, v. 4, n. 33, p. 34-51, Enero 2013.

RUSZKOWSKI, J.C.R. Challenging Marginalization at the Universities of the Third Age in Poland. **Anthropology e Aging Quartely**, v. 34, n. 2, p. 157-169, 2013.

RUNYA, X.; QIGUI, S.; WEI, S. The Third Wave of Public Administration: the New Public Governance. **Canadian Social Science**, v. 11, n. 7, p. 11-21, 2015.

RYDIN, Y.; PENNINGTON, M. Public Participation and Local Environmental Planning: the collective action problem and the potential of social capital. **LOCAL Environment**, v. 5, n. 2, p. 153-169, 2000.

SACOMANO NETO, M.; PAURILLO, L.F.O. Estrutura de Governança em Arranjos Produtivos Locais: um estudo comparativo nos arranjos calçadista e sucroalcooleiro no Estado de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 1131-1155, Jul./Ago. 2012.

SÁNCHEZ, A.P.; GÓMEZ, J.R.M. Estructura Institucional y Participación de Actores em la Estrategia de Desarrollo Territorial Rural. **Gestión y Política Pública**, v. 24, n. 2, p. 417-457, Jul./Dec. 2015.

SANT'ANNA, P.R.; ZOTES, L.P.; BARONE, F.M.; MERABEL, D. Pesquisa de Mercado Aplicada a Pequenos Empreendimentos: centro de lazer para a terceira idade de Rio de Janeiro. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 945-977, Jul./Ago. 2009.

SANTOS, A.A. Lugar e Território: o sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção de saúde. **Revista Geográfica Venezolana**, v. 50, n. 1, p. 159-172, 2009.

SANTOS, G.L.T.; SILVA, S.M.S.M. Cidadania e Qualidade de Vida: um estudo no centro de convivência Fonte de Experiência e Sabedoria em Tobias Barreto – SE. **Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira**, Ano V, n. 7, Setembro 2012.

SANTOS, M.A.B.; GERSCHMAN, S. As Segmentações da Oferta de Serviços de Saúde no Brasil – Arranjos Institucionais, Credores, Pagadores e Provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SARAVIA, E. **Introdução à Teoria da Política Pública**. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). *Políticas Públicas: Coletânea*. Brasília: ENAP, 2006.

SAUERBRONN, F.F. Revisitando Abordagens em Governança Pública em busca de uma proposta para o Estudo da Dimensão Público-privada no SUS. **Anais... XXXVIII EnANPAD**, Rio de Janeiro, 13 a 17 Set. 2014.

SECCHI, L. Modelos Organizacionais e Reforma da Administração Pública. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, Mar./Abr. 2009.

SEDES JOÃO PESSOA (2016). Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/sedes/>. Acesso em: 28 de dezembro de 2016.

SETA, M.H; DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 3, p. 3307-3317, 2010.

SHARPE, L.J. The Growth and Decentralization of Modern Democratic State, **European Journal of Political Research**, v. 16, n. 4, p. 365-380, 1988.

SHEN, K.; ZENG, Y. Principles and Practices of Mature-Age Education at U3As. **Australian Journal of Adult Learning**, v. 51, n. 3, November 2011.

SIDDIKI, S.N.; CARBONI, J.L.; KOSKI, C.; SADIK, A.A. How Policy Rules the Structure and Performance of Collaborative Governance Arrangements. **Public Administration Review**, p. 536-547, July/August, 2015.

SISTEMA SIDRA – Banco de Tabelas Estatísticas do IBGE. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/territorio>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

SIEBERT, C. Arranjos Institucionais e Trajetória do Planejamento Territorial em Santa Catarina. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba - PR, n. 119, p. 137-167, Jul./Dez. 2010.

SIEDLE, R. Medicalization, Public Policy and the Elderly: social services in Jeopardy? **Social Science and Medicine**, v. 30, n. 7, p. 761-771, 1990.

SILVA, L.R.F. Da Velhice à Terceira Idade: o percurso histórico das entidades atreladas ao processo de envelhecimento. **Rev. História, Ciências, Saúde**, v. 15, n. 1, p. 155-168, Jan./Mar. 2008.

SILVA, L.R.F. Terceira Idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional. **Rev. Physis de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 801-815, 2008.

SILVA, L.R.F. Autonomia, Imperativo à Atividade e “Máscara da Idade”: prerrogativas do envelhecimento contemporâneo? **Psicologia & Sociedade**, v.21, nº 1, p. 128-134, 2009.

SILVA, S.P. A Abordagem Territorial no Planejamento de Políticas Públicas e os Desafios para uma Nova Relação entre Estado e Sociedade no Brasil. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 17, n. 60, p. 148-168, Jan./Jun. 2012.

SILVA, V. Qualidade de Vida do Idoso: cuidado do idoso, dever de quem? **Revista Espaço Acadêmico**, Ano 10, n. 110, p. 138-146, Jul. 2010.

SILVA, V.R.; MEDEIROS, M.R.A.; FONSECA, F.F.; PESTANO, C.R. Controle Social no Sistema Único de Assistência Social: propostas, concepções e desafios. **Revista Textos & Contextos**, v. 7, n. 2, p. 250-265, Jul./Dez. 2008.

SIMIONE, A.A. A Modernização da Gestão e Governança no Setor Público em Moçambique. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 551-570, Mai./Jun. 2014.

SIMÕES, C.C.S. **Breve Histórico do Processo Demográfico**. FIGUEIREDO, A.H. (Org.). In: Brasil: uma Visão Geográfica e Ambiental no Século XXI. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2016.

SIMON, A.G; BAPTISTA, T.W.F. O Papel dos Estados na Política de Saúde Mental no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2227-2241, Nov. 2011.

SISAB IDOSO (2017). **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**. Disponível em: <http://sisapidoso.iciict.fiocruz.br/>. Acesso em: 15 de janeiro de 2017.

SMASDH CUIABÁ (2016). Disponível em: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/assistencia-social/a-secretaria/>. Acesso em: 28 de dezembro de 2016.

SMS CUIABÁ (2016). Disponível em: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/secretaria-de-saude/13136>. Acesso em: 28 de dezembro de 2016.

SMS JOÃO PESSOA (2016). Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/>. Acesso em: 28 de dezembro de 2016.

SOARES, J.P.F.; MOURÃO, L.; ALVES JR., E.D. “Se precisar, a gente mesmo dá aula”: lazer, políticas públicas, organização e participação comunitária de idosos. **Licere**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 56-74, Mar. 2015.

SOARES, J.S.; OLIVERIA JR., R.R.; PEDRON, R.A.; SOUZA FILHO, A.M.C. Novos Arranjos de Governança para a Intersetorialidade na Gestão Social: a experiência do Programa Travessia. **Anais... VI Congresso Consad de Gestão Pública**, Brasília - DF, 16, 17 e 18 de abril de 2013.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, Jul./Dez. 2006.

SOUZA, C. Governos Locais e Gestão de Políticas Sociais Universais. **São Paulo Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 27-41, 2004.

SOUZA, C. Políticas Públicas: Questões Temáticas e de Pesquisa. **Caderno CRH**, v. 39, p.11-24, 2003a.

SOUZA, C. “Estado do Campo” da Pesquisa em Políticas Públicas no Brasil. **RBCS**, v. 18, n. 51, p.15-20, Fevereiro 2003b.

SOUZA, E.R; CORREIA, B.S.C. Construção de Indicadores Avaliativos de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa Víctima de Acidentes e Violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2753-2762, 2010.

SOUZA, E.R; MINAYO, M.C.S. Inserção do Tema Violência Contra a Pessoa Idosa nas Políticas Públicas de Atenção à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2659-2668, 2010.

SPINK, P. O Lugar do Lugar na Análise Organizacional, **RAC**, Edição Especial, p. 11-34, 2001.

SRIVASTAVA, A.; MOHANTY, S.K. Poverty among Elderly in India. **Social Indicators Research**, v. 109, n. 3, p. 493-514, 2012.

SWINDELL, R.; VASSELLA, K.; MORGAN, L.; SAYER, T. University of the Third Age in Australian and New Zealand: capitalizing on the cognitive resources of older volunteers. **Australasian Journal on Ageing**, v. 30, n. 4, p. 196-201, December 2011.

TABATABAEI, S.M.; ROOSTAI, F. University of the Third Age: a unique model for successful implementation of “Active Ageing”. **Health Scope**, v. 3, n. 2, May 2014.

TEERAWICHITCHAINAN, B.; POTHISIRI, W.; LONG, G.T. How do Living Arrangements and Intergenerational Support Matter for Psychological Health of Elderly Parents? Evidence from Myanmar, Vietnam, and Thailand. **Social Science and Medicine**, v. 136-137, p. 106-111, 2015.

TINÔCO, D.S.; SOUZA, L.M.; OLIVEIRA, A.B. Avaliação de Políticas Públicas: modelos Tradicional e Pluralista. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 15, n. 2, p. 305-313, Jul./Dez. 2011.

TORRES, H.G.; MARQUES, E. Políticas Sociais e Território: uma abordagem metropolitana. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 4, p. 28-38, 2004.

TREVISAN, A.P.; BELLEN, H.M.V. Avaliação de Políticas Públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **RAP**, v. 42, n. 3, p. 529-550, Mai./Jun. 2008.

TUBBING, L.; HARTING, J.; STRONKS, K. Unraveling the Concept of Integrated Public Health Policy: concept mapping with Dutch expert from science, policy, and practice. **Health Policy**, v. 116, n. 6, p. 749-759, June 2015.

VAITSMAN, J. Desigualdades Sociais e Duas Formas de Particularismo na Sociedade Brasileira. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12 (suplemento), p. 37-46, 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B.; FARIAS, L.O. Proteção Social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição Federal de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 731-741, 2009.

VALIN-ROGATTO, P.C.; CANDOLO, C.; BRÊTAS, A.C.P. Nível de Atividade Física e sua Relação com Quedas Acidentais e Fatores Psicossociais em Idosos de Centro de Convivência. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.14, n. 3, p. 521-533, 2011.

VASCONCELLOS, A.M.A.; SOBRINHO, M.V. Institutional Development for Good Governance: the role of intermediary NGO in Para State, Amazonia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 793-815, Mai./Jun. 2015.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P. Promovendo a Saúde e a Cidadania do Idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

VERAS, R.P. Envelhecimento Populacional do Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 476-488, 1991.

VIANA, A.L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, Mar./Abr. 1996.

VIANA, A.L.A; MACHADO, C.V. Descentralização e Coordenação Federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

VICENTE, V.M.B.; CALMON, P.C.D.P. A Análise de Políticas Públicas na Perspectiva do Modelo de Coalizão. **Anais... XXXV EnANPAD**, Rio de Janeiro – RJ, 4 a 7 de Setembro de 2011.

WALTER, M.I.M.T. A Dualidade na Inserção Política, Social e Familiar do Idoso: estudo comparado dos casos de Brasil, Espanha e Estados Unidos. **Opinião Pública**, v. 16, n. 1, p. 186-219, Jun. 2010.

WEIBLE, C.M.; SABATIER, P.A.; McQUEEN, K. Themes and Variations: taking stock of the Advocacy Coalition Framework. **The Policy Studies Journal**, v. 37, n. 1, p. 121-140, 2009.

WENDHAUSEN, A.L.P.; BARBOSA, T.M.; BORDA, M.C. Empoderamento e Recursos para a Participação em Conselhos Gestores. **Saúde & Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 131-144, Set./Dez. 2006.

WHO (2007). World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/en>. Acesso em: 5 de agosto de 2015.

WILINSKA, M. Is There a Place for an Ageing Subject? Stories of ageing at the University of the Third Age in Poland. **Sociology**, v. 46, n. 2, p. 290-305, 2012.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. O Rápido Processo de Envelhecimento do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Brasileira de Estudos da População**, v. 23, n. 1, p. 5-26, janeiro/junho 2006.

WRAY, L. Public Policy Implications of an Ethnically Diverse Elderly Population. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v. 6, n. 2, p. 243-257, 1991.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M.; FRITZEN, S. **Guia de Políticas Públicas: gerenciando processos**. Brasília: ENAP, 2014.

YENILMEZ, M.I. Economic and Social Consequences of Population Aging the Dilemmas and Opportunities in the Twenty-First Century. **Applied Research Quality Life**, on line, 2014.

ZANON, R.R.; MORETTO, A.C.; RODRIGUES, R.L. Envelhecimento Populacional e Mudanças no Padrão de Consumo e na Estrutura Produtiva Brasileira. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 30, p. 545-567, 2013.

ZHANG, S.; GAO, Y.; FENG, Z.; SUN, W. PPP Application in Infrastructure Development in China: institutional analysis and implications. **International Journal of Project Management**, v. 33, n. 3, p. 497-509, April 2015.

ZOAUIN, D.M.; OLIVEIRA, F.B.; BARONE, F.M. Construindo o Perfil do Jovem Empreendedor Brasileiro: relevância para a formulação e implementação de políticas de estímulos ao empreendedorismo. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 4, p. 797-807, 2007.

ZUNZUNEGUI, M.V.; BÉLAND, F. Intersectorial Policies to Meet the Challenge of Active Aging. **Gaceta Sanitaria**, v. 24, n. 1, p. 68-73, December 2010.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES, TÉCNICOS E IMPLEMENTADORES

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DOUTORADO

Prezado Sr.(a), esta pesquisa tem como objetivo analisar a estrutura de governança nas políticas públicas de atenção ao idoso em João Pessoa – PB e Cuiabá - MT. Os dados serão analisados na produção de uma tese sobre gestão pública e regionalidade.

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA COM GESTORES, TÉCNICOS E IMPLEMENTADORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS

1. Fale-me sobre as políticas públicas de atenção ao idoso no município de João Pessoa. Elas contemplam os municípios vizinhos? Como se distribuem por bairros?
2. Quais pessoas e organizações/instituições participam ou influenciam nas decisões das políticas públicas?
3. Relate-me a respeito do desenvolvimento das políticas públicas. Quais secretarias estão envolvidas? Já existem regras e normas bem definidas nesse sentido?
4. Como as políticas desenvolvidas no município estão integradas àquelas definidas pelo Governo do Estado e Governo Federal?
5. Como ocorre a Governança das políticas públicas do idoso no município? Quais atores estatais e não estatais participam? Quais as condições essenciais a seu funcionamento?

Obrigado pela Participação!!!

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DOUTORADO

Prezado Sr.(a), esta pesquisa tem como objetivo analisar a estrutura de governança nas políticas públicas de atenção ao idoso em João Pessoa – PB e Cuiabá - MT. Os dados serão analisados na produção de uma tese sobre gestão pública e regionalidade.

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA – CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO

1. Descreva-me as características do Conselho Municipal, tais como estrutura administrativa e funcional, atividades desenvolvidas, missão e valores.
2. Como ocorre a participação do conselho nas políticas públicas de atenção ao idoso no município de João Pessoa? Quais outros atores estatais e não estatais participam ou influenciam as políticas públicas?
3. Relate-me sobre a importância de políticas públicas para o idoso no âmbito municipal. Os programas desenvolvidos em João Pessoa – PB ou Cuiabá - MT atendem os idosos de todos os bairros e até dos municípios vizinhos?
4. Como avalia o desenvolvimento das políticas públicas em termos de integração de secretarias municipais? Já existem regras e normas bem definidas a respeito das políticas?
5. Como as políticas desenvolvidas no município se integram as definidas pelo Governo do Estado e Governo Federal?
6. Fale-me sobre a participação do conselho na governança das políticas públicas do idoso. Quais aspectos são essenciais para que o órgão participe da governança?

Obrigado pela Participação!!!

APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS CONSELHEIROS DO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DOUTORADO

Prezado Sr.(a), esta pesquisa tem como objetivo analisar a estrutura de governança nas políticas públicas de atenção ao idoso em João Pessoa – PB e Cuiabá - MT. Os dados serão analisados na produção de uma tese sobre gestão pública e regionalidade.

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA – REPRESENTANTES GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS NO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO

1. Fale-me sobre o papel do seu órgão (governamental ou não governamental) no Conselho Municipal dos Direitos do Idoso.
2. Quais políticas/programas/ações desenvolvidas e sua importância. As mesmas contemplam todos os bairros da cidade e até os municípios vizinhos?
3. Quais outros órgãos ou atores estatais e não estatais influenciam as políticas públicas no âmbito do Conselho e do Órgão que representa junto ao Conselho?
4. Fale-me sobre a integração das políticas/programas/ações com secretarias municipais e outras unidades ligadas ao Estado e Governo Federal.
5. Quais atores estatais e não estatais participam direta ou indiretamente da governança das políticas públicas do idoso?

Obrigado pela Participação!!!

APÊNDICE 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OUTROS ATORES

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DOUTORADO

Prezado Sr.(a), esta pesquisa tem como objetivo analisar a estrutura de governança nas políticas públicas de atenção ao idoso em João Pessoa – PB e Cuiabá - MT. Os dados serão analisados na produção de uma tese sobre gestão pública e regionalidade.

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA – OUTROS SUJEITOS

1. Qual o papel do órgão no desenvolvimento de políticas/programas e ações de atenção à pessoa idosa? Como ocorre a abrangência territorial no município?
2. Como ocorre a relação entre o órgão e a prefeitura, estado e governo federal, nas ações desenvolvidas pela instituição?
3. Quais outros órgãos ou atores influenciam as ações desenvolvidas na instituição?
4. Qual o papel do órgão na governança e transparência das políticas públicas elaboradas e executadas no município?

Obrigado pela Participação!!!

APÊNDICE 5 – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AOS ENTREVISTADOS

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DOUTORADO

Convidamos V.Sa. a participar da pesquisa "**A GOVERNANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO: UM ESTUDO EM DUAS CAPITAIS BRASILEIRAS**", sob responsabilidade do pesquisador doutorando "Francisco Mirialdo Chaves Trigueiro", orientado pelo Professor Dr. Luís Paulo Bresciani, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, tendo por objetivo identificar e analisar os fatores que configuram a estrutura de governança nas políticas públicas dirigidas aos idosos, no período de 2009 a 2015, na cidade de João Pessoa, capital da Paraíba.

Para realização deste trabalho serão utilizadas as seguintes técnicas: pesquisa documental, entrevistas gravadas em áudio e roteiro de perguntas. Como sujeitos da pesquisa, serão considerados os gestores de políticas públicas, técnicos e implementadores de políticas públicas, membros do conselho municipal do idoso.

Garantiremos o anonimato e sigilo absoluto de todas as informações que identifiquem o sujeito da pesquisa, durante e após o término do estudo. Serão usadas na divulgação do trabalho apenas as informações inerentes ao desenvolvimento do estudo como o nome da instituição, o nome do cargo do assinante deste termo e demais informações a serem coletadas sobre políticas públicas por meio das técnicas citadas.

Espera-se com a pesquisa contribuir com o desenvolvimento das políticas públicas de atenção ao idoso no município de João Pessoa, a partir da consistência dos fatores de governança pública, que beneficiem o município e os atores territoriais.

O (a) senhor (a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o (a) senhor (a) deve procurar o pesquisador Francisco Mirialdo Chaves Trigueiro, na rua Enfermeira Ana Maria Barbosa de Almeida, 631 – Residencial Kellian, ap. 201b, Jardim Cidade Universitária – João Pessoa – PB e pelo fone (83) 98759-8985.

**APÊNDICE 6 – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR À
PREFEITURA DE JOÃO PESSOA - PB**

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
DOUTORADO**

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

À Prefeitura Municipal de João Pessoa – Capital da Paraíba
Secretaria de Desenvolvimento Social – SEDES

O Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da Universidade Municipal de São Caetano do Sul apresenta o pesquisador doutorando **FRANCISCO MIRIALDO CHAVES TRIGUEIRO**, que está desenvolvendo o projeto de pesquisa de doutorado intitulado “**A GOVERNANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO: UM ESTUDO EM DUAS CAPITAIS BRASILEIRAS**”, sob a coordenação do orientador **Prof. Dr. LUÍS PAULO BRESCIANI**.

Solicitamos os bons préstimos desse órgão no sentido de aceitar que o doutorando possa coletar os dados para sua pesquisa, a partir de acesso ao Programa de Apoio a Pessoa Idosa (PAPI), Secretaria de Desenvolvimento Social, Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Departamento de Desenvolvimento Social, Conselho Municipal da Pessoa Idosa e qualquer outro órgão que atue no desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no município de João Pessoa – PB.

São Caetano do Sul – SP, 29 de julho de 2016

Prof. Dr. Luís Paulo Bresciani
Orientador

**APÊNDICE 7 – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR À
PREFEITURA DE – CUIABÁ - MT**

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
DOUTORADO**

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

À Prefeitura Municipal de Cuiabá – Capital de Mato Grosso
Secretaria de Desenvolvimento Social

O Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da Universidade Municipal de São Caetano do Sul apresenta o pesquisador doutorando **FRANCISCO MIRIALDO CHAVES TRIGUEIRO**, que está desenvolvendo o projeto de pesquisa de doutorado intitulado “**A GOVERNANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO: UM ESTUDO EM DUAS CAPITAIS BRASILEIRAS**”, sob a coordenação do orientador **Prof. Dr. LUÍS PAULO BRESCIANI**.

Solicitamos os bons préstimos desse órgão no sentido de aceitar que o doutorando possa coletar os dados para sua pesquisa, a partir de acesso ao Programas Sociais de Apoio à Pessoa Idosa, Secretaria de Desenvolvimento Social, Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Departamento de Desenvolvimento Social, Conselho Municipal da Pessoa Idosa e qualquer outro órgão que atue no desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no município de Cuiabá - MT.

São Caetano do Sul – SP, 29 de julho de 2016

Prof. Dr. Luís Paulo Bresciani
Orientador

**APÊNDICE 8 – AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA DE JOÃO PESSOA PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

**APÊNDICE 9 – AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA DE CUIABÁ PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

ANEXO 1 – LEI MUNICIPAL JOÃO PESSOA – PB, Nº 9.373, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2000

DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO - CMI, E DETERMINA PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAÍBA, FAÇO SABER QUE O PODER LEGISLATIVO APROVA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Art. 1. Fica criado o CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO - CMI, cujo objetivo visa a assegurar a cidadania ao idoso, criando condições para a garantia de seus direitos, de sua autonomia, integração e participação efetiva na família e na sociedade, conforme preceitua a Lei Federal nº 8842/94, de 04 de janeiro de 1994, vinculado à Secretaria do Trabalho e Promoção Social - SETRAPS, com as seguintes atribuições:

I - formular diretrizes e promover em todos os níveis da Administração Pública Direta e Indireta, atividades que visem a defesa dos direitos dos idosos;

II - assessorar o Poder Executivo Municipal, emitindo pareceres e acompanhando a elaboração de programas de Governo nos âmbitos federal, estadual e municipal, em questões relativas aos idosos, com o objetivo de defender seus direitos e interesses;

III - desenvolver estudos, debates e pesquisas relativas a problemáticas dos idosos;

IV - fiscalizar e tomar providências para o cumprimento de legislação favorável aos direitos dos idosos;

V - desenvolver projetos que promovam a participação do idoso em todos os níveis de atividade, compatíveis com a sua condição;

VI - estudar problemas, receber sugestões da sociedade e opinar sobre as denúncias que lhes forem encaminhadas;

VII - apoiar realizações concernentes ao idoso e promover entendimentos e intercâmbio com organizações afins.

Art. 2. O Conselho Municipal do Idoso - CMI será composto de 09 (nove) membros designados pelo Governo Municipal, assim distribuído:

I - 02 (dois), representantes da Secretaria do Trabalho e Promoção Social - SETRAPS;

II - 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde;

III - VETADO;

IV - 01 (um) representante do Ministério Público;

V - 03 (três) representantes da sociedade civil (ONG); e,

VI - 01 (um) representante da Câmara Municipal de João Pessoa.

§ 1º A designação dos Conselheiros de que trata o inciso V, deverá considerar os nomes de pessoas de comprovada atuação no âmbito dos direitos dos idosos, devendo, no mínimo, dois deles pertencerem a associações de idosos ou de aposentados, de inativos ou de reformados.

§ 2º Os Conselheiros de que tratam os incisos I, II, III e IV, serão indicados pelos respectivos Secretários Municipais, dentre pessoas de comprovada atuação na defesa dos direitos dos idosos e/ou de notórios conhecimentos jurídicos.

§ 3º Os membros do Conselho terão mandato de 02 (dois) anos, permitida a recondução por mais uma vez;

§ 4º Os membros do Conselho poderão ser substituídos a qualquer tempo, a pedido, ou a critério de seus membros.

Art. 3. O Presidente do Conselho Municipal do Idoso - CMI será indicado pela maioria de seus membros integrantes, e nomeado através de Decreto pelo Governo Municipal.

Art. 4. Outras normas de organização do Conselho Municipal do Idoso - CMI serão definidas por Decreto do Governo Municipal, inclusive o parágrafo único deste caput.

Parágrafo Único - VETADO.

Art. 5. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6. Revogam-se as disposições em contrário.

PAÇO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, EM 29 DE DEZEMBRO DE 2000.

CÍCERO DE LUCENA FILHO
Prefeito

ANEXO 2 – LEI MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA – PB, Nº 12.365, DE 29 DE MAIO DE 2012.

ALTERA A LEI MUNICIPAL DO IDOSO Nº 12.303,
DE 12 DE JANEIRO DE 2012.

O Prefeito do Município de João Pessoa, Estado da Paraíba, faço municipal de João Pessoa aprova e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Altera o art. 13, da Lei nº 12.303, de 12 de janeiro de 2012, que passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 13 O Conselho Municipal de Direitos do Idoso - CMDI, é órgão permanente, paritário e será composto de 16 (dezesesseis) membros titulares e seus respectivos suplentes, designados pelo Governo Municipal e sociedade civil, distribuídos da seguinte forma:

I - REPRESENTAÇÃO GOVERNAMENTAL:

- a) Representante da Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES);
- b) Representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
- c) Representante da Secretaria de Educação (SEDEC);
- d) Representante da Universidade Federal da Paraíba (UFPB);
- e) Representante da Secretaria de Planejamento (SEPLAN);
- f) Representante da Secretaria de Finanças (SEFIN);
- g) Representante da Secretaria de Turismo (SETUR); e
- h) Representante da Secretaria de Desenvolvimento Urbano (SEDURB).

II - REPRESENTAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL:

- a) Representante das Instituições de Longa Permanência (ILP);
- b) Representante da Sociedade Brasileira de Gerontologia e Geriatria (SBGG);
- c) Representante do Conselho Regional do Serviço Social (CRESS);
- d) Representante do Grupo de Convivência;
- e) Representante do Ensino Superior Privado na Área de Envelhecimento;
- f) Representante da Ordem dos Advogados do Brasil Seccional PB (OAB/PB);
- g) Representante do Conselho Regional de Psicologia (CRP); e
- h) Representante do SEC.

§ 1º Os conselheiros de que tratam as alíneas a, b, c, e, f, g e h, serão indicados pelas Secretarias Municipal e/ou Estado, e da alínea d, pelo Reitor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

§ 2º O representante constante da alínea a, do inciso II, será escolhido dentre os dirigentes das Instituições de Longa Permanência (ILP).

§ 3º O representante da alínea b, do inciso II, será indicado pela respectiva Instituição.

§ 4º O representante da alínea c, do inciso II, será indicado pelo Presidente do Órgão.

§ 5º O representante da alínea d, do inciso II, será escolhido dentre os Grupos de Convivência que deverá obedecer a convocação da equipe de eleição do CMDI.

§ 6º O representante da alínea e, do inciso II, será indicado pelo Reitor de cada instituição.

§ 7º O representante da alínea f, do inciso II, será indicado pelo Presidente da OAB/PB.

§ 8º O representante da alínea g, do inciso II, será indicado pelo Presidente da CMP.

§ 9º O representante da alínea h, do inciso II, será indicado pelo Presidente da Instituição.

§ 10 Todos os membros do CMDI, titulares e suplentes, serão indicados pelas respectivas Instituições e nomeados pelo Prefeito Municipal, sem exceção, para o exercício de um mandato de 02 (dois) anos, permitida uma única recondução por igual período".

Art. 2º Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PAÇO DO GABINETE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA-PB, em 14 de maio de 2012.

JOSÉ LUCIANO AGRA DE OLIVEIRA
Prefeito

ANEXO 3 – LEI MUNICIPAL DE CUIABÁ – MT, Nº 3.162 DE 16 DE JULHO DE 1993.

DISPÕE SOBRE O CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA.

Art. 1º - Fica criado o CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, com as seguintes atribuições:

I. Formular diretrizes e promover, em todos os níveis da Administração Pública Direta e Indireta, atividades que visem à defesa dos direitos dos idosos, à eliminação das discriminações que os atinge, e a sua plena inserção na vida econômica social e cultural do município;

II. - Desenvolver estudos, debates e pesquisas relativas à problemática dos idosos;

III. - Sugerir ao Prefeito Municipal a elaboração de Projetos de Lei ou outras iniciativas que visem a assegurar e a ampliar os direitos dos idosos e a eliminar da Legislação disposições discriminatórias;

IV. Fiscalizar e tomar providências para o cumprimento da Legislação favorável aos direitos dos idosos;

V. - Elaborar projetos que promovam a participação do idoso em todos os níveis de atividades, compatíveis com a sua condição;

VI. - Deliberar sobre consultas que lhes forem dirigidas, no âmbito de sua competência;

VII. - Receber sugestões oriundas da sociedade e opinar sobre denúncias que lhes sejam encaminhadas, dando ciência das mesmas aos órgãos competentes do Poder Público;

VIII. Promover a cooperação e o intercâmbio com organismos similares em nível nacional e internacional.

Art. 2º - O Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa tem a seguinte composição:

I. - 1 (um) representante da Secretaria de Bem Estar Social;

II. - 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde;

III. - 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Cultura;

IV. - 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Desportos e Lazer;

V. - 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Educação;

VI. - 1 (um) representante da Procuradoria Geral do Município;

VII. - 7 (sete) representantes da Sociedade Civil.

1. - Caberá ao Prefeito do Município designar os membros do Poder Público e caberá às entidades representativas dos idosos designar os representantes da sociedade civil.

2. - Às Secretarias Municipais assinaladas no "caput" deste artigo, inciso I a IV caberá a indicação dos nomes de seus representantes ao Prefeito Municipal.

Art. 3º - Às manifestações do conselho terão caráter de deliberação ou parecer, conforme a natureza do assunto.

§ 1º - Às deliberações e os pareceres do Conselho dependerão da homologação pelo titular da Secretaria Municipal de Bem- Estar Social, a quem estará vinculado.

§ 2º - Após a homologação, as deliberações se constituirão em orientação da atuação do Poder Executivo Municipal junto à população idosa.

Art. 4º - O mandato dos membros do Conselho será de 2 (dois) anos, permitida a recondução por um período.

Art. 5º - As funções de membro do Conselho serão consideradas como de relevante interesse público e não farão jus a qualquer espécie de remuneração.

Art. 6º - Caberá ao Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa instituir o seu regimento interno e dispor outras normas de organização no prazo máximo de 90 (noventa) dias após a sua instalação.

Art. 7º - O Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa contará com uma Secretaria Executiva dimensionada de acordo com suas necessidades e organizada a partir do apoio operacional fornecido pela Secretaria de Bem-Estar Social.

Art. 8º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO ALENCASTRO EM, 16 DE JULHO DE 1.993

DANTE MARTINS DE OLIVEIRA
PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO 4 – LEI MUNICIPAL DE CUIABÁ – MT, Nº 6.059 DE 04 DE MAIO DE 2016.

Altera a Lei nº 3.162, de 16 de julho de 1993, que dispõe sobre o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CUIABÁ - MT: Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 2º da Lei nº 3.162, de 16 de julho de 1993, passa a vigorar com a seguinte redação:

“ **Art. 2º** (...)

- I** – Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano;
- II** – Secretaria Municipal de Saúde;
- III** – Secretaria Municipal de Educação;
- IV** – Secretaria Municipal de Cultura, Esportes e Turismo;
- V** – Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana;
- VI** – Secretaria Municipal de Habitação e Regularização Fundiária;
- VII** – Procuradoria-Geral do Município;
- VIII** – Secretaria Municipal de Ordem Pública.

Parágrafo único. Os representantes da Sociedade Civil serão escolhidos por consulta pública regulamentada pelo Poder Executivo, através da Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano, entre as instituições do Terceiro Setor que tenham serviços prestados comprovados ao fortalecimento da Política Pública para a pessoa idosa.” **(NR)**

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Alencastro em Cuiabá-MT, 04 de maio de 2016.

MAURO MENDES FERREIRA
PREFEITO MUNICIPAL