

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA EDUCAÇÃO – FAED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO TERRITORIAL E
DESENVOLVIMENTO SOCIOAMBIENTAL – PPGPLAN

ROSANETE STEFFENON

PROTEÇÃO SOCIAL A PESSOAS IDOSAS: ANÁLISE POR MEIO DA POLÍTICA
DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

FLORIANÓPOLIS

2025

ROSANETE STEFFENON

**PROTEÇÃO SOCIAL A PESSOAS IDOSAS: ANÁLISE POR MEIO DA POLÍTICA
DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental – FAED, da Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental, área de concentração em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental.

Orientador: Prof. Dr. Valério Alécio Turnes

FLORIANÓPOLIS

2025

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da
Biblioteca Universitária Udesc,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Steffenon, Rosanete
PROTEÇÃO SOCIAL A PESSOAS IDOSAS : ANÁLISE
POR MEIO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL /
Rosanete Steffenon. -- 2025.
213 p.

Orientador: Valerio Alecio Turnes
Tese (doutorado) -- Universidade do Estado de Santa
Catarina, Centro de Ciências Humanas e da Educação,
Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e
Desenvolvimento Socioambiental, Florianópolis, 2025.

1. Pessoa idosa. 2. Política Nacional de Assistência Social
(PNAS). 3. Censo SUAS. 4. Política pública. 5. Planejamento.
I. Alecio Turnes, Valerio . II. Universidade do Estado de Santa
Catarina, Centro de Ciências Humanas e da Educação,
Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e
Desenvolvimento Socioambiental. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Valério Alécio Turnes
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membros:

Dra. Ingrid de Assis Camilo Cabral
HEMORIO

Dra. Daniele Beatriz Manfrini
Ministério Público de Santa Catarina - MPSC

Dra. Sullivan Desiree Fischer
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Dra. Isa de Oliveira Rocha
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Florianópolis, 22/04/2025.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Valério Alécio Turnes pela disponibilidade em orientar, pela compreensão, observações assertivas e indagações que impulsionaram a concretização desta tese.

Às bancas examinadoras, pela disponibilidade, pela leitura, pelo diálogo, pelas análises do trabalho produzido.

Ao Programa de Pós Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental, gratidão pela oportunidade de cursar o doutorado e de aprender sobre diversos temas. A cada professor e professora, agradeço pelo conhecimento compartilhado. A cada colega de turma, gratidão pelo bom humor e incentivo.

Às pessoas da vida familiar diária, do trabalho e das relações de amizade, por contribuírem de diferentes formas para que o planejado em relação à tese se concretizasse em tempo hábil e da melhor forma possível.

RESUMO

STEFFENON, Rosanete. **Proteção social a pessoas idosas**: análise por meio da política de assistência social. 2025. 213 f. Tese (Doutorado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental). Centro de Ciências Humanas e da Educação - FAED. Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. 2025.

Com análise da proteção social destinada às pessoas idosas, este estudo indica que, embora o Brasil tenha avançado em políticas públicas voltadas para pessoas idosas, as ações efetivas são limitadas, especialmente nos serviços socioassistenciais de média e alta complexidade. Através do exame de políticas públicas e ações estatais direcionadas a pessoas idosas, investiga-se a oferta desses serviços e analisa-se sua implementação. Tece-se, então, uma avaliação: a centralização das responsabilidades no núcleo familiar persiste como um obstáculo, sobrecarrega principalmente as mulheres. A pesquisa adotou metodologia de abordagem mista, com coleta de dados dos Censos SUAS de 2012 a 2022, tratamento desses dados com análises teóricas através de revisões bibliográficas sistemática e narrativa, manejando, ainda, a Análise Textual Discursiva (ATD) para organização e desenvolvimento dos meta-textos analíticos que aqui tomam corpo. A pesquisa evidencia que os dados disponíveis sobre a execução da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) são fragmentados e insuficientes para avaliar adequadamente, o impacto das políticas públicas, quando existentes. Identifica-se que há necessidade de considerar o atendimento a pessoas idosas no planejamento e execução de políticas públicas, além de reforçar a vigilância socioassistencial e aprimorar os registros institucionais.

Palavras-chave: Pessoa idosa; Política Nacional de Assistência Social (PNAS); Censo SUAS; política pública; planejamento.

ABSTRACT

STEFFENON, Rosanete. **Social protection for the elderly**: analysis through social assistance policy. 2025. 213 f. Tese (Doutorado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental). Centro de Ciências Humanas e da Educação - FAED. Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. 2025.

This study indicates that, although Brazil has made progress in public policies aimed at the elderly people, effective actions are still limited, especially in medium and high complexity social assistance services. Its path goes by analyzing social protection for the elderly. The provision of these services and their implementation are investigated, by examining public policies and state actions aimed at the elderly. Then, an assessment is made: the centralization of responsibilities in the family persists as an obstacle, mainly burdening women. The research adopted an approach methodological non-exclusive, collecting data from the "Censos SUAS" from 2012 to 2022, processing these data with theoretical analyses through systematic and narrative bibliographic reviews, and also using Discursive Textual Analysis (DTA) to organize and develop the analytical meta-texts that perform this study. The research shows that the available data on the implementation of the National Social Assistance Policy (PNAS) are fragmented and insufficient to adequately assess the impact of public policies. It is identified that there is a need to reinforce social assistance surveillance, decentralize the implementation of policies and improve institutional records.

Keywords: Elderly person. National Social Assistance Policy (PNAS). Censos SUAS. Public policy. Government planning.

RÉSUMÉ

STEFFENON, Rosanete. **La protection sociale des personnes âgées**: analyse à travers la politique d'assistance sociale. 2025. 213 f. Tese (Doutorado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental). Centro de Ciências Humanas e da Educação - FAED. Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. 2025.

Avec une analyse de la protection sociale destinée aux personnes âgées, cette étude fait signaux que, même si le Brésil a progressé dans les politiques publiques destinées aux personnes âgées, les actions efficaces sont encore limitées, en particulier dans les services d'assistance sociale de complexité moyenne et élevée. En examinant les politiques publiques et les actions de l'État en faveur des personnes âgées, la livraison de ces services est étudiée et leur mise en œuvre est analysée. Un bilan est alors dressé: la centralisation des responsabilités au sein du noyau familial persiste comme un obstacle, faisant peser un lourd fardeau sur les femmes. La recherche a adopté une méthodologie d'approche mixte, collectant les données des "Censos SUAS" de 2012 à 2022, traitant ces données avec des analyses théoriques à travers des revues bibliographiques systématiques et narratives, gérant également l'analyse textuelle discursive (ATD) pour l'organisation et le développement des métatextes analytiques qui prennent forme ici. La recherche montre que les données disponibles sur la mise en œuvre de la Politique Nationale d'Assistance Sociale (PNAS) sont fragmentées et insuffisantes pour évaluer adéquatement l'impact des politiques publiques. Il est identifié qu'il est nécessaire de renforcer la surveillance de l'assistance sociale, de décentraliser l'exécution des politiques et d'améliorer les dossiers institutionnels.

Mots-clés : Personne âgée. Politique Nationale d'Assistance Sociale (PNAS). Recensement SUAS. Politique publique. Planification du gouvernement.

LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Delineando objetos e objetivos.	15
Quadro 1 - Condições da pesquisa dos dados do Censo SUAS.....	18
Figura 2 - Percursos metodológicos.....	23
Quadro 2 - Número de municípios catarinenses por classes de tamanho populacional	73
Quadro 3 - Número de municípios brasileiros por classes de tamanho populacional	73
Quadro 4 - Pobreza em Santa Catarina - 2010, 2020, 2021.....	76
Quadro 5 - Posição de Santa Catarina no ranking nacional do IDHM, por ano.....	77
Quadro 6 - Oferta do SCFV, nos municípios brasileiros, por ano.....	84
Quadro 7 - Oferta do SCFV nos municípios catarinenses, por ano.....	86
Quadro 8 - Quantidades de CRAS que ofertam diretamente o SCFV e quantidade dos ofertantes que têm o serviço para pessoas idosas, por ano, no Brasil.....	88
Quadro 9 - Quantidade de CRAS que ofertam diretamente o SCFV em Santa Catarina e quantidade dos ofertantes que têm o serviço para pessoas idosas, por ano.	89
Quadro 10 - Oferta da PSB no Domicílio nos municípios brasileiros, por ano	93
Quadro 11 - Oferta da PSB no Domicílio nos municípios catarinenses, por ano	94
Quadro 12 - Oferta da PSB no Domicílio nos municípios brasileiros, por ano	95
Quadro 13 - Oferta do PSB no Domicílio nos municípios catarinenses, por ano	96
Quadro 14 - Unidade que oferta a PSB no Domicílio e equipe, nos municípios brasileiros, por ano.	97
Quadro 15 - Unidade que oferta a PSB no Domicílio e equipe, no estado de Santa Catarina, por ano.....	97
Quadro 16 - Quantidade de pessoas atendidas no município, com referência ao mês de agosto, dos anos 2018, 2019 e 2022, dados nacionais.....	101
Quadro 17 - Quantidade de pessoas atendidas no município, com referência ao mês de agosto, dos anos 2018, 2019 e 2022, dados dos municípios catarinenses.	101
Quadro 18 - Oferta do Serviço de proteção especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, dados nacionais, ano 2012.....	109

Quadro 19 - Oferta do Serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, em Santa Catarina, ano 2012.....	110
Quadro 20 - Quantidade de pessoas atendidas no Centro-Dia, por faixa etária, no Brasil, nos meses de agosto de 2015 e de 2016.....	112
Quadro 21 - Quantidade de pessoas atendidas no Centro-Dia, por faixa etária e natureza da Unidade, em Santa Catarina, nos meses de agosto de 2015 e de 2016.	113
Quadro 22 - Número de Centros-Dia por ano e por público atendido, no Brasil.	115
Quadro 23 - Natureza das Unidades Centro-Dia, por ano, no Brasil.....	115
Quadro 24 - Número de Centros-Dia, por público atendido e natureza da Unidade, por ano, em Santa Catarina.....	116
Quadro 25 - Total de unidades de acolhimento no Brasil e número dessas unidades destinadas ao acolhimento de pessoas idosas, por ano.	121
Quadro 26 - Total de unidades de acolhimento em Santa Catarina e número de unidades para acolhimento de pessoas idosas, por ano.....	122
Quadro 27 - Quantidade de unidades no Brasil por tipo de acolhimento, por ano ..	123
Quadro 28 - Quantidade de unidades em Santa Catarina por tipo de acolhimento, por ano	123
Quadro 29 - Natureza das Unidades de Acolhimento para Pessoas Idosas no Brasil, por ano	124
Quadro 30 - Natureza das Unidades de Acolhimento para Pessoas Idosas em Santa Catarina, por ano.....	124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Sistema Único de Assistência Social	SUAS
Política Nacional de Assistência Social	PNAS
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Centro de Referência de Assistência Social	CRAS
Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família	PAIF
Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos	PAEFI
Análise Textual Discursiva	ATD
Instituto de Aposentadorias e Pensões	IAP
Legião Brasileira de Assistência	LBA
Lei Orgânica da Previdência Social	LOPS
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia	SBGG
Serviço Social do Comércio	SESC
Instituto Nacional de Previdência Social	INPS
Programa de Assistência ao Idoso	PAI
Ministério da Previdência e Assistência Social	MPAS
Organização das Nações Unidas	ONU
Constituição Federal	CF
Lei Orgânica da Assistência Social	LOAS
Benefício de Prestação Continuada	BPC
Instituto Nacional do Seguro Social	INSS
Política Nacional do Idoso	PNI
Núcleo de Atenção Psicossocial	NAPS
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Portaria Gabinete de Ministro(a)/Ministério da Saúde	Portaria GM/MS
Portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social/Secretaria Especial de Assistência Social	Portaria MPAS/SEAS
Estatuto da Pessoa Idosa	EPI
Estatuto da Criança e do Adolescente	ECA
Fundo Municipal do Idoso	FMI
Programa Nacional de Direitos Humanos	PNDH-3
Disque Direitos Humanos	DDH
Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas	IPEA
Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social	NOB/SUAS
Proposta de Emenda Constitucional	PEC
Cadastro Único para Programas Sociais	CadÚnico
Fundo de Participação dos Municípios	FPM

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua	PNAD
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento	PNUD
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	IDHM
Federação de Consórcios, Associações de Municípios e Municípios de Santa Catarina	FECAM
Índice de Desenvolvimento Sustentável dos Municípios Catarinenses	IDMS
Proteção Social Básica	PSB
Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	SCFV
Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiências e Idosas	PSB no Domicílio
Conselho Nacional de Assistência Social	CNAS
Proteção Social Especial	PSE
Centro de Referência Especializado de Assistência Social	CREAS
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais	APAE
Atividades da Vida Diária	AVD
Instituição de Longa Permanência para Idosos	ILPI

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 POLÍTICAS SOCIAIS VOLTADAS A PESSOAS IDOSAS NA HISTÓRIA BRASILEIRA	25
2.1 ASPECTOS QUE HISTORICAMENTE CONFIGURAM AS POLÍTICAS SOCIAIS	25
2.2 POLÍTICAS SOCIAIS E PESSOAS IDOSAS	30
2.3 A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, O QUE TEMOS?	39
2.4 O ESTATUTO DA PESSOA IDOSA - EPI	45
2.5 PROPOSTAS E AÇÕES PÓS ESTATUTO DA PESSOA IDOSA	48
3 AS PESSOAS IDOSAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL ..	53
3.1 A CATEGORIA TERRITÓRIO E A ASSISTÊNCIA SOCIAL	56
3.2 PROTEÇÃO SOCIAL, VULNERABILIDADE E RISCO SOCIAL	65
3.3 ASPECTOS DA CONJUNTURA NACIONAL E DO ESTADO DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2012 ATÉ 2022	70
4 O ATENDIMENTO A PESSOAS IDOSAS NOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	79
4.1 SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA (PAIF) ..	80
4.2 SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS (SCFV) ..	83
4.3 SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS (PSB NO DOMICÍLIO)	91
5 O ATENDIMENTO A PESSOAS IDOSAS NOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL	106
5.1 SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	106
5.2 PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE	119
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	134
ANEXOS	145
ANEXO A – SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS POR NÍVEIS DE ATENÇÃO E FONTES DE INFORMAÇÃO DOS CENSOS SUAS	146
ANEXO B – TABELAS DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS POR NÍVEIS DE ATENÇÃO E FONTES DE INFORMAÇÃO DOS CENSOS SUAS	147

ANEXO C – TABELAS DO SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS, POR ANO.....	158
ANEXO D – TABELAS DE SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS	172
ANEXO E – TABELAS DA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE.....	184
ANEXO F - UNITARIZAÇÃO/CATEGORIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DA TESE...	209

1 INTRODUÇÃO

As questões motivadoras deste estudo são postas pela realidade experimentada. Pesquisas podem ser meios para alcançar maior entendimento e ou para buscar soluções para problemas (LAVILLE; DIONNE, 1999). Há respostas por meio de dados e conhecimentos presentes ou factíveis de serem produzidos e/ou por meio do desenvolvimento de novos conceitos, novas soluções ou formas de observar o mundo. A eleição do problema de pesquisa é influenciada por referências, saberes pré-existentes, visões de mundo, valores, experiências. Tudo isso dá aos aspectos da realidade importâncias distintas e variáveis.

A minha trajetória acadêmica e profissional influencia no interesse em cursar este doutorado. O texto se configura por pontos de inflexão, de reflexão, nas dinâmicas de construção do enfoque do estudo e das metodologias possíveis para realizá-lo.

As diversas instituições públicas e distintos contextos geográficos em que trabalhei como assistente social e professora universitária, proporcionaram-me contatos com variados saberes e áreas de atuação do serviço social. Nessa profissão, a quantidade e qualidade das informações apresentadas pela realidade permite observar prevalências de questões, suas relações, possibilidades de construção de alternativas, entre outros aspectos. Uma das iniciativas que, particularmente, realizo nos processos de trabalho é a de organizar formas de registro das demandas postas à atuação mediada por políticas públicas. A organização de informações com observações dessa natureza, geralmente, não é demandada pelas instituições.

Nos últimos anos, ao atender solicitações para analisar serviços e / ou políticas públicas, constato que, comumente, os registros das instituições analisadas são realizados sobre casos e situações atendidas. São raros os dados que possam contribuir para monitorar a política pública desenvolvida. Em alguns locais, há registros que informam quantidades de atividades/procedimentos realizados mensalmente, sem caracterizações e análises. Nas visitas institucionais e em reuniões, são ainda frequentes as falas de gestores e de profissionais sobre não possuírem dados substantivos que possam melhor expressar particularidades das demandas postas aos serviços públicos.

Em relação às pessoas idosas, nos últimos tempos, as situações aparecem em reuniões intersetoriais, especialmente, retratando que não há o que fazer nas políticas públicas quando a família não pode ser a resposta. O que já foi colocado no papel para as políticas públicas dessa área é conhecido/implementado? O existente é norteado prioritariamente pela perspectiva familista, com atribuição tradicional de responsabilidades de cuidado?

Observa-se que nos serviços de atendimento a primazia da atenção é dada ao monitoramento das condições dos sujeitos e do que se espera deles. A vigilância da concretização dos objetivos das políticas nem sempre é feita. O que pode e necessita ser implementado, reavaliado, replanejado, ampliado?

A política de assistência social, por exemplo, tem como uma de suas funções a vigilância socioassistencial, que deve ser realizada por meio da produção, sistematização, análise e disseminação de informações territorializadas. Assim, trata das situações que incidem sobre famílias e indivíduos nos territórios e dos serviços ofertados.

Diante de questões dessa natureza, empreendi a construção do campo de estudo. A construção do objeto é um trabalho de grande fôlego, feito por retoques sucessivos, correções, emendas. Alterações que são sugeridas pelo conjunto de princípios práticos que orientam as decisões, ao mesmo tempo minúsculas e categóricas (BOURDIEU, 2012).

Após várias tentativas e consultas sobre possíveis trabalhos de campo que contribuíssem para a análise de políticas públicas no âmbito municipal, defini como principal a da assistência social.

O recorte da vigilância socioassistencial foi escolhido como proposta inicial de “pesquisa-ação”, que se tornou inviável pelo tempo da tese a ser equacionado com o tempo e disposição necessários aos municípios consultados para participarem dessa empreitada. Tentativas feitas confirmam que, entre outras coisas, a pesquisa-ação não trabalha sobre os outros, mas sempre com os outros (BARBIER, 2002)¹.

¹ Nesse sentido, mantém relação com a Teoria da Ação Comunicativa habermasiana: para Habermas (2003), a construção do espaço público tem como base a busca de consensos de todos os envolvidos no processo comunicativo. Dessa forma, as ações interpessoais se colocariam com o propósito último de alcançar o bem comum.

Nessas dinâmicas, rememorar também trajetórias e elaborações anteriores² contribuiu para redesenhar o estudo, principalmente seu enfoque. Considerou-se também a relevância social do conhecimento a ser produzido. Há necessidade de políticas públicas que possam atender demandas de pessoas idosas, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade e risco social. O contexto brasileiro marcado por desigualdades socioeconômicas, somado às configurações da nossa sociedade, com relações que se pautam em concepções etaristas e capacitistas³, contribuem com situações de desproteção social.

Na modernidade, as políticas públicas têm papel central na resolução de demandas da sociedade e no desenvolvimento social. As várias definições do que são políticas públicas se pautam em duas linhas gerais: 1) poder imperativo do Estado e política pública emanada apenas dele; 2) participação de organizações privadas e não governamentais, mas com a liderança do Estado (RAEDER, 2014).

Por meio de um conjunto de diretrizes, programas e ações orientados pelo Estado, as políticas públicas têm como função dual a contribuição para a manutenção do sistema capitalista e, ao mesmo tempo, o papel de assegurar direitos de cidadania à população.

As ações para planejar e implementar uma política pública dependem da identificação do problema público e de materializá-lo na formação da agenda política, institucional ou governamental (GARCIA, 2020; CAPELLA, 2016).

Outro aspecto para a produção de políticas públicas, refere-se ao arranjo institucional gerado pela Constituição Federal de 1988, marcado pela descentralização das capacidades de implementação e execução das ações estatais. Ao mesmo tempo, caracteriza-se pela concentração da capacidade de formulação e de regulação das políticas e programas nacionais (ARRETCHE, 2012).

A Norma Organizadora do Estado estabeleceu divisão de funções entre os entes: Estados e municípios com atribuições de implementar políticas e prover

² Pesquisa da dissertação de mestrado: “Abrigamento de idosos, situações documentadas no Ministério Público do Rio de Janeiro” (Serviço Social/ UFRJ, 2013); Trabalho de Conclusão da Especialização em Gestão Pública Municipal “Política pública para idosos no município de Vassouras/RJ: ações e desafios” (Administração, UFF, 2015).

³ Etarismo é um fenômeno social complexo que se manifesta em relação à idade do sujeito. De modo similar, capacitismo é aquele fenômeno discriminatório que impõe barreiras injustificáveis ao exercício da cidadania pelo sujeito.

serviços; governo federal com destaque para formulação e regulação dos serviços, políticas e programas.

Na política de assistência social, por exemplo, estruturou-se o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como uma forma de gestão e organização dessa política pública. As competências de municípios, estados e União devem estar articuladas. Além do poder público estatal, a sociedade civil também compõe o SUAS.

As ações são estruturadas por níveis de proteção social - básica e especial - e por vários marcos regulatórios. O SUAS deve garantir a materialização das três funções da assistência social: proteção social; defesa de direitos; vigilância socioassistencial.

Em relação à proteção social e defesa de direitos, há serviços que são de caráter continuado e que devem ser constituídos conforme a Tipificação Nacional. Instituída pela Resolução n. 109, do Conselho Nacional de Assistência Social, de 11 de novembro de 2009, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais é um documento orientador da política de assistência social de âmbito federal.

Além dos serviços socioassistenciais, o SUAS é composto também por outras ações (programas e benefícios), que podem ser organizadas nas três esferas de governo.

Sobre a terceira função do SUAS, que é a vigilância socioassistencial (produção, sistematização, análise e disseminação de informações territorializadas) há sistemas de provimento de dados organizados principalmente pelo governo federal. Uma das ferramentas que abrange todo o território nacional é o Censo SUAS.

No âmbito dos municípios, a vigilância socioassistencial pode existir de duas formas: enquanto atividade das equipes que operam o SUAS; e como área específica na política de assistência social. A vigilância socioassistencial é ainda incipiente ou inexistente na maioria dos municípios, assim como parte dos serviços que são de competência do SUAS.

Neste sentido, esta tese enfoca e indaga sobre as ações públicas previstas, e as que se concretizam, voltadas para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade e de risco social, no campo da política de assistência social.

As categorias “vulnerabilidade” e “risco” têm relação com o campo de intervenção pública da política de assistência social e de outras políticas sociais. Vulnerabilidade social, com base na Política Nacional de Assistência Social, abrange

um conjunto de situações, dentre elas, perda ou fragilidade de vínculos sociais, identidades estigmatizadas, situações de violência, inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho, dificuldades resultantes de deficiências, não acesso a políticas públicas. Risco social refere-se a violações de direitos e rompimento de vínculos familiares e comunitários.

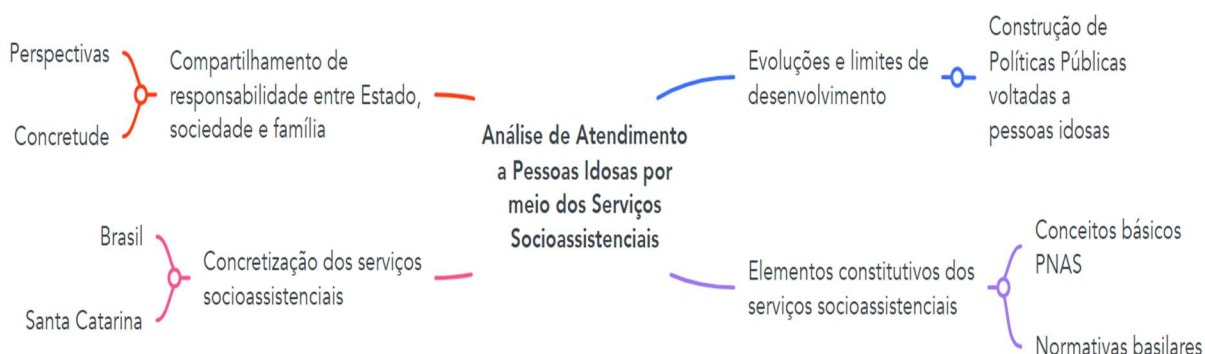
O que se concretiza a partir da Política Nacional de Assistência Social (em vigor desde 2004), no que se refere às pessoas idosas em situações de vulnerabilidade ou risco social?

É provável que as ações da política de assistência social estejam centralizadas em dinâmicas de reforço de responsabilidades familiares. Não há avanços na implementação de serviços públicos socioassistenciais, principalmente de média e de alta complexidade, para atendimento de pessoas que demandam cuidados. O enfoque desta elaboração textual é o atendimento destinado a pessoas idosas, o que não significa desconhecer que há outros públicos que necessitam de atendimento pelo Estado.

Assim, este estudo analisa o atendimento a pessoas idosas por meio de serviços socioassistenciais pertencentes ao Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

De forma específica, este estudo: a) examina aspectos presentes na construção de políticas públicas e nas ações voltadas a pessoas idosas; b) aborda elementos constitutivos dos serviços socioassistenciais que têm entre seus públicos prioritários pessoas idosas em situação de vulnerabilidade e risco social; c) pesquisa a existência de serviços socioassistenciais implementados no Brasil e as características predominantes, cotejando com o estado de Santa Catarina, sempre que possível; d) analisa pontos relacionados ao compartilhamento de responsabilidades entre Estado, sociedade e família.

Figura 1 - Delineando objetos e objetivos



Fonte: Elaborado pela Autora, 2025.

Esta elaboração, realiza percurso metodológico composto de abordagem qualitativa e quantitativa. Trabalha-se com informações e fontes de dados de acesso aberto, analisados à luz de literaturas afins. O manejo dos dados se dá através da efetivação de filtros e tratamento de planilhas para construir gráficos, quadros, tabelas que visam ilustrar a argumentação delineada nesta pesquisa.

As perspectivas teóricas aqui adotadas têm relação com as ciências sociais aplicadas, o que reúne campos de conhecimento interdisciplinares.

Nessa perspectiva, há estudos que abordam o compartilhamento de responsabilidades entre Estado e família. A participação da sociedade civil é aqui considerada na execução de serviços socioassistenciais por meio de entidades socioassistenciais. No entanto, focaliza-se o Estado, que tem, entre outros papéis, o de tornar a política *pública*, legitimando-a como tal, ou seja: ser reivindicada como direito.

Identifica-se que o território em que se produz esta pesquisa, por meio de dados nacionais e do estado de Santa Catarina, revela-se como multifacetado, mas marcado pela maior parte de municípios catarinenses, 223 dos 295, com menos de vinte mil habitantes (IBGE, 2023). A configuração da maior parte dos municípios brasileiros é de baixa densidade populacional e com nítidas dificuldades de planejamento e de desenvolvimento territorial. É sabido que em relação aos municípios com maior concentração populacional, o desenvolvimento territorial e o planejamento de políticas públicas são marcados por segregações espaciais e desigualdades no acesso a bens e serviços. Essas e outras características trazem desafios para pensar o planejamento do território com desenvolvimento social, econômico e espacial, como pretende a linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em que se insere esta tese.

Nesta linha, a elaboração aqui construída trata do atendimento a pessoas idosas, historicamente ignoradas no campo do planejamento das políticas públicas, com demandas vistas como onerosas e complexas para os serviços públicos. Analisar os serviços socioassistenciais, que têm ações previstas para pessoas idosas, traz o desafio de observar se os dados informam a concretização da PNAS nos municípios brasileiros, que ao mesmo tempo em que têm suas realidades diversificadas e devem considerá-las no planejamento, são compelidos a desenvolver serviços socioassistenciais padronizados nacionalmente.

Diante disso, as leituras selecionadas se referem a estudos sobre política social, vulnerabilidade, risco, território, entre outros conceitos presentes na PNAS. Utilizam-se bibliografias diversificadas que tratam da proteção social, da política de assistência social e de outras políticas públicas, que são trazidas à baila como parte de um sistema de garantia de direitos.

Trata-se, portanto, de um trabalho teórico, cuja análise busca levantar questões e deixar traços para que soluções possam ser pensadas e efetivadas, com vistas a melhor implementação de políticas públicas para as pessoas idosas.

A busca de referências bibliográficas e de outros estudos relacionados com os objetivos desta tese, inicialmente, foi feita na perspectiva de revisão sistemática, com pesquisas, principalmente, no Portal da CAPES. No entanto, foram localizados poucos textos, e aqueles disponíveis tratavam principalmente das pessoas idosas no campo da política de saúde. Posteriormente, optou-se por revisão narrativa, isto é, por revisão que não esgota todas as fontes de informação, e sim atualiza a produção bibliográfica sobre o tema (CANUTO; OLIVEIRA, 2020).

Assim, conforme o desenvolvimento da tese, foram realizadas pesquisas no “Google Acadêmico”, em sites governamentais e de Instituições de Ensino Superior, em anais de eventos, em novas buscas a partir de referências bibliográficas citadas em textos lidos, em releituras de referências estudadas nas aulas do doutorado e em outros momentos da trajetória acadêmica. De igual modo, buscaram-se pesquisas de produção mais recente de conhecidos teóricos que analisam a concretude dos direitos das pessoas idosas, ainda que, eventualmente, estivessem de fora da revisão sistemática inicial.

Além disso, ao tratar de política pública é preciso considerar os instrumentos que as regulamentam, como e por quais sujeitos sociais está registrada a

ação/intervenção e por quem foram elaborados. Os documentos institucionais são fontes de informação e emitem sinais de dado tempo. Documentos produzem sentidos e possuem uma historicidade que remete a temporalidades político-administrativas, éticas, culturais, técnicas, tecnológicas etc. Além de considerar o tempo dos eventos aos quais o documento se refere, é preciso tomar o documento como um evento, um acontecimento (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2019), que ao mesmo tempo retrata o existente e fomenta a produção de práticas.

Dessa forma, a análise documental fornece elementos para, com o auxílio da revisão teórica, tratar os resultados alcançados. A pesquisa documental se diferencia da pesquisa bibliográfica em relação ao *corpus* a ser pesquisado. Documentos variados são estudados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009) e suas elaborações resultam de processos distintos daqueles que pertencem a publicações bibliográficas.

Na análise dos documentos utilizados nesta tese, principalmente normativas e orientações técnicas, consideraram-se as etapas: leitura exploratória, leitura aprofundada e organização dos resultados (LÉTOURNEAU, 2011). Tomaram-se em conta, especialmente, os seguintes pontos: contexto de sua elaboração; sujeitos envolvidos e a quem se destinam; concepções e propostas que configuram o seu conteúdo.

Nos diferentes meios utilizados, são estabelecidos critérios de observação (SEVERINO, 2007). Os documentos estudados e que têm relação com a política pública, especialmente os serviços socioassistenciais, são analisados em sua relação com dados públicos levantados. Optou-se, na elaboração desta tese, por utilizar como fonte principal de dados o Censo SUAS, haja vista ser realizado anualmente e permitir acesso a informações de ações voltadas a pessoas idosas, com respostas de unidades socioassistenciais situadas nos diversos municípios brasileiros.

O Censo SUAS é um instrumento de coleta de dados por meio de questionários, disponíveis em formulários eletrônicos, que são preenchidos anualmente pelas Secretarias e Conselhos de Assistência Social dos Estados e Municípios. É de resposta obrigatória e pode haver sanções ao não-preenchimento, como o bloqueio parcial de recursos federais, bem como não inclusão em recursos ou incentivos que utilizem o Censo como critério de expansão.

O preenchimento engloba todas as unidades que compõem a política de assistência social. Há formulários específicos para cada tipo de unidade. Nesta tese

são utilizados questionários: Gestão Municipal e Distrito Federal; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que oferta a proteção social básica; Centro-Dia, unidade destinada ao atendimento especializado de pessoas idosas e pessoas com deficiência com algum grau de dependência de cuidados; Acolhimento, que trata dos serviços de alta complexidade do SUAS.

Do conjunto de serviços socioassistenciais, dois são de realização exclusiva do poder público Executivo municipal: o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF; e o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI. Os demais serviços socioassistenciais podem ser realizados por entidades socioassistenciais, isto é, por instituições e organizações sem fins lucrativos, que são parceiras da administração pública. Elas integram e compõem a rede socioassistencial juntamente dos conselhos de assistência social e os entes federativos (órgãos gestores).

Os serviços socioassistenciais serão abordados no decorrer da tese. Considerando o prazo para a elaboração e o período de divulgação dos dados do Censo SUAS, definiu-se que a pesquisa levantaria os dados do referido Censo até o ano de 2022.

Nesse caminho várias buscas e estruturações foram realizadas. De forma a demonstrar como a pesquisa foi desenvolvida, seguem os passos feitos, o que se visualizou no horizonte e as manobras que se fizeram necessárias. Esse conjunto configura o quadro das condições da pesquisa com os dados do Censo SUAS.

Quadro 1 - Condições da pesquisa dos dados do Censo SUAS.

Passos	Horizontes	Balizas
Localização de dados dos Censos SUAS.	Dados localizados no site do governo federal: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snas/vigilancia/index2.php	Arquivos somente abrem se baixados e necessitam de grande espaço de armazenamento. Arquivos salvos em nuvem.
Download dos dados.	Encontrados dados dos Censos SUAS dos anos 2007 até 2022.	Ano 2015 sem tabelas de dados, de parte dos

Passos	Horizontes	Balizas
		serviços; Anos 2020 e 2021 com ausência da maior parte dos dados. Seleção de arquivos com dados. Nos outros anos, dados de alguns serviços foram descontinuados.
Leituras dos questionários.	Localização de questões sobre serviços socioassistenciais.	Identificação do ano de 2012 como o inicial para levantamento dos dados. O Censo SUAS de 2012 foi o primeiro a apresentar perguntas consonantes com o tema desta tese.
Armazenamento dos seguintes arquivos, para cada ano do Censo SUAS: dados gerais (Excel); questionários (PDF) de cada Unidade do SUAS que apresentasse perguntas relacionadas com o tema da tese; resultados nacionais (PDF); questionários das Unidades (PDF);	Dados organizados em pastas por anos e tipos de Unidades do SUAS, permitindo consultas e revisões durante a elaboração da tese.	Muitas horas utilizadas para a organização dos dados.
Cópia das perguntas dos questionários para posterior levantamento das respostas/dados.	Observação de diversidade de perguntas nos questionários, expectativa de significativas contribuições com o tema em estudo.	Questões diferentes a cada ano e/ou o tema da pergunta migra do questionário de uma Unidade do SUAS para o de outra, com nova formulação da pergunta. Redução de expectativas e constatação de muito trabalho para localizar

Passos	Horizontes	Balizas
		dados.
Leitura dos arquivos “Resultados nacionais”.	Resultados nacionais organizados em tabelas pelo setor de vigilância socioassistencial. Visualização de perguntas nos “Resultados Nacionais” com alto percentual de erros de preenchimento dos Censos (no mínimo 50% de dados na cifra “missing system”).	Revisão do potencial de aproveitamento das perguntas com alto percentual na cifra “missing system”.
Estruturação dos dados em novos arquivos, com as perguntas dos Censos e as respostas contidas nos “Resultados nacionais”.	Melhor visualização com a organização dos dados por serviço socioassistencial.	Seleção e extração das perguntas do Censo SUAS de acordo com os objetivos da tese.
Extração de dados do estado de Santa Catarina.	Possibilidade de tratar dados de uma região menor do que as dimensões do Brasil, conforme também sugestão da banca de qualificação.	Dedicação de tempo para tentativas de extração das planilhas. Dificuldades para manejo das planilhas dos dados gerais. Parte das perguntas com diversas alternativas de respostas. A partir de 2019, questionário com códigos. Necessidade de manejo de programas específicos: Excel e Power Query. Organização das informações em novo banco de dados.
Elaboração dos dados nacionais e dos dados do estado de Santa Catarina em tabelas e quadros.	Organização dos dados das perguntas que se repetiram em diferentes anos e por tipo de serviço socioassistencial.	Parte das perguntas não distingue o que se refere a atendimento específico de pessoas idosas.

Passos	Horizontes	Balizas
Análise dos dados e pesquisas de literaturas afins.	Visualização dos dados, reorganizações e análises.	Busca de literaturas afins, com achados raros.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2025.

Assim, em resumo, primeiramente extraiu-se do site⁴ da vigilância socioassistencial os arquivos de cada ano do Censo SUAS, desde a sua disponibilização em 2007. Os arquivos foram organizados em pastas por ano e unidades.

Com a leitura dos questionários, identificou-se o ano de 2012 como o primeiro com questões pertinentes aos objetivos desta tese e manteve-se o ano de 2022 como o último.

Observou-se que a ampliação dos questionários foi realizada conforme a implementação e ampliação do SUAS. Assim, nos primeiros anos de Censo o enfoque das questões foi sobre a implantação dos Centros de Referência, estrutura física, recursos humanos e outros aspectos gerais sobre o atendimento. As questões também são modificadas ao longo dos anos, com exclusões e inclusões de temas.

Vale salientar que nas tentativas de extração de dados das planilhas, verificaram-se inconsistências e divulgações incompletas, isto é, localizada a publicação de questionários ou apenas divulgação das respostas, sem o texto das perguntas. Observa-se, com isso, fragilidades na estruturação do sistema de informação da vigilância socioassistencial, principalmente para fins de consulta pública.

Ao coletar as respostas do Censo SUAS, notou-se que em parte das questões, especialmente as que poderiam melhor detalhar a execução dos serviços, as respostas estavam categorizadas na cifra “*missing system*”, que denota falha de sistema ou preenchimento. Assim, optou-se por excluir as questões com maior fragilidade de dados para análise. Além disso, considerou-se mais acertado para manejo dos dados a utilização dos arquivos denominados “resultados nacionais”, divulgados por tipos de unidades socioassistenciais. Arquivos dos questionários e arquivos dos dados gerais foram utilizados principalmente para a extração das

⁴ Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>

respostas relativas ao estado de Santa Catarina. Organizou-se um novo banco de dados com essas fontes de informação.

A seleção dos dados faz parte da construção do *corpus* da pesquisa. Trata-se de uma escolha com foco temático de materiais sincrônicos (BAUER, 2014). De forma semelhante, para a análise do conteúdo (BARDIN, 2016), realiza-se primeiro uma leitura flutuante em que o material a ser utilizado é selecionado conforme o corpus da pesquisa e, em seguida, por meio de categorias, realiza-se a análise aprofundada de partes em sua relação com o todo.

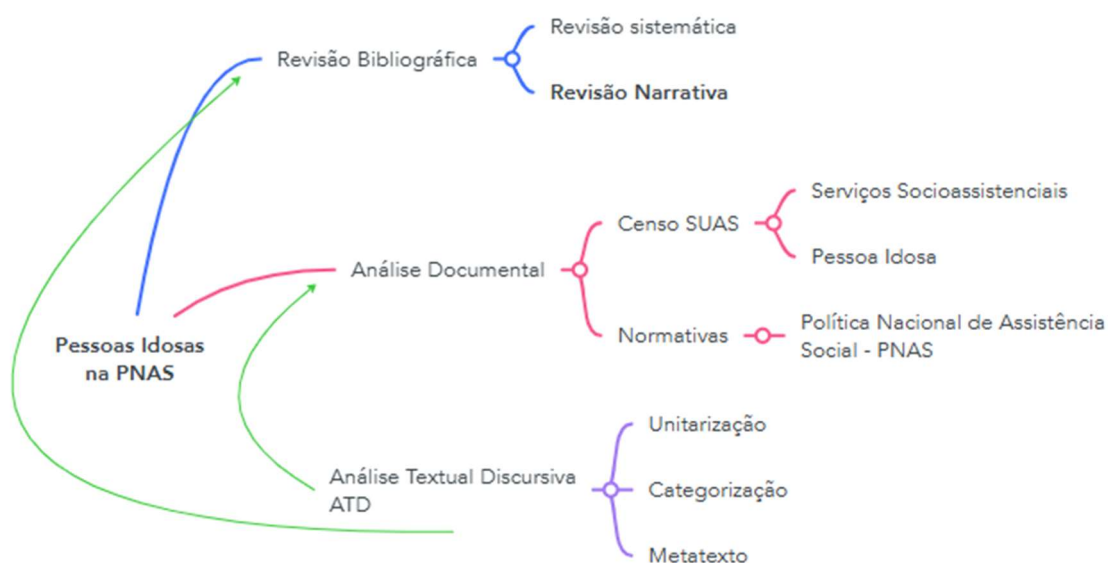
O tratamento das informações coletadas se pauta na metodologia de Análise Textual Discursiva (ATD), uma abordagem de análise que cria espaços para inovações por meio da organização de unidades de sentido, com emergência de categorias e textos que expressam os novos entendimentos construídos no processo de pesquisa (MORAES; GALIAZZI, 2006).

O procedimento da ATD é construído com: a) unitarização, em que os textos e dados são separados em unidades de significado e podem gerar outros conjuntos de unidades; b) categorização, articulação de significados semelhantes, que podem gerar variadas categorias de análise; c) meta-textos analíticos que comporão os textos interpretativos, apropriando-se dos caminhos anteriormente trilhados com vistas a fundamentar perspectivas diferenciadas (com grandes chances de inovações). Na ATD a escrita é ferramenta mediadora na produção de significados, por meio de análise que se desloca do empírico à abstração teórica. (MORAES; GALIAZZI, 2006).

Na dinâmica desta tese, as principais unidades de significado da ATD são: historicidade dos direitos das pessoas idosas; vulnerabilidade e risco social; território; proteção social; matricialidade sociofamiliar; serviços socioassistenciais. As categorizações se mostram: na articulação das normativas e outros documentos que fundamentam a Política Nacional de Assistência Social - PNAS, bem como as leis de proteção dos direitos das pessoas idosas; nos níveis de proteção social; nas características dos serviços socioassistenciais. Os meta-textos analíticos são construídos no desenvolvimento da tese com a função de contribuir com o entendimento dos principais achados e considerações que surgem da análise. Assim, pode se considerar que, dentre outros, mostram-se como meta-textos nesta tese, as explicações sobre: direitos das pessoas idosas; configuração da PNAS; tipos de serviços socioassistenciais e principais características; conceitos. E por fim, porém

não por último, vez que percorre toda a tese, está o texto interpretativo, que se faz por unidades de significado, categorias e meta-textos, de modo a tornar evidente que, se trata de um texto único não apenas pela pesquisa feita, mas também pela forma singular de construção, de interpretação e de concepções.

Figura 2 - Percursos metodológicos.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Assim, a escrita desta tese se desenvolve na interação entre literaturas afins, dados, informações, indagações e reflexões-análises da autora. De mesmo modo, a metodologia não se faz exclusivista, mas ferramenta interativa que se mostra necessária, múltipla, para atender às abordagens que pretende ao objeto estudado.

A redação da tese se constrói com enfoques organizados em capítulos. No primeiro, são apresentados pontos que configuram as políticas sociais e a trajetória histórica da sua construção, principalmente no que se refere às pessoas idosas. Concomitante ao panorama histórico/contextual, há observações que contribuem para pensar a política pública em seu desenho atual, isto é, com suas evoluções e limites de desenvolvimento.

Conforme Bourdieu (2012), para não ser objeto dos problemas que se tomam para objeto, é preciso fazer a história social da emergência desses problemas, do

trabalho coletivo para conhecer e reconhecer os problemas como problemas legítimos. É também neste sentido que se constrói o primeiro capítulo.

O segundo capítulo trata da proteção social a pessoas idosas na Política Nacional de Assistência Social - PNAS e em normativas basilares dessa política pública. Aborda conceitos como os de proteção social, vulnerabilidade e risco social, matricialidade sociofamiliar e território, bem como aspectos conjunturais.

Em seguida, o terceiro e o quarto capítulos tratam de especificidades dos serviços socioassistenciais, conjugando-as a dados dos Censos SUAS em uma década (2012-2022). Retrata-se a implementação de meios que buscam viabilizar a chamada proteção social a pessoas idosas. Neste sentido, observa-se como são configuradas as políticas públicas e também se há incremento de ações que possam atender as pessoas idosas conforme preconizam as normativas, isto é, mantidas as suas vinculações familiares e comunitárias. São apresentadas discussões sobre o compartilhamento de responsabilidades entre família, sociedade e Estado.

As considerações finais retomam os principais elementos tratados no decorrer desta elaboração, especialmente no que se refere à PNAS e as pessoas idosas, bem como em relação à produção desta tese.

2 POLÍTICAS SOCIAIS VOLTADAS A PESSOAS IDOSAS NA HISTÓRIA BRASILEIRA

“A história se repete.
Mas a força deixa a história mal contada”.
(Engenheiros do Hawaii, Toda forma de poder).

Ao olhar para as políticas sociais, vale rememorar aspectos das suas origens e desenvolvimento, pois isso contribui para entender as características atuais.

Como nos lembra Albuquerque Júnior (2019), contar uma história é uma arte que permite dar forma aos tempos e que permite tecer o passado procurando entender como se passou. Esse ofício exige atenção para o detalhe, de igual modo, ao contexto. Para pôr de pé os sujeitos e objetos tem que ser especialista no uso da cola da imaginação histórica, ser um exímio costureiro dos retalhos dos tempos que tem nas mãos, para tentar falar por aqueles dos quais as vozes já se calaram. É preciso partilhar da habilidade da bordadeira para com as linhas coloridas da teoria e da metodologia, ordenar o caos dos eventos que deixaram suas marcas em alguma forma de registro. Assim como no bordado, haverá aqui pontos e amarrações, o fio da meada, que submete o caráter fragmentário dos eventos à narrativa historiográfica.

A narrativa deste capítulo, que conta histórias já contadas, tece a trama com fios da história. Essa trama demonstra a construção de políticas sociais, que tem como pano de fundo as contradições do capitalismo, passado e presente. Coloca na tessitura o “detalhe”, isto é, como se fazem as políticas sociais nas particularidades do que envolve o atendimento às pessoas idosas. Procura com isso demonstrar onde estão nos eventos históricos o Estado, o capital/o mercado, a família, e, como são interligados para manter determinado desenho, o funcionamento de uma ordem social.

2.1 ASPECTOS QUE HISTORICAMENTE CONFIGURAM AS POLÍTICAS SOCIAIS

As políticas sociais têm relação com a estrutura econômica e política da sociedade. Nenhuma política social tem poder para reverter um quadro complexo de iniquidades sociais, que surge de várias determinações, estruturais (PEREIRA; STEIN, 2010).

As políticas sociais foram primeiramente gestadas na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal (BEHRING; BOSCHETTI, 2018). Elas resultam de processos sociais e, desse modo, não se pode indicar com precisão um período específico do seu surgimento. O que se pode afirmar é que, as origens das políticas sociais são comumente associadas aos movimentos de massa social-democratas e à formação dos Estados-nação na Europa ocidental, nos fins do século XIX. Ademais, a expansão das políticas sociais se dá no pós-II Guerra Mundial, em um contexto de passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista.

Com a emergência do capitalismo monopolista, em meados do século XX, é que as políticas sociais se tornam possíveis. É a partir da acentuação da contradição entre capital e trabalho, que o Estado passa a intervir nas sequelas da “questão social”⁵ (NETTO, 2018).

Como nos aponta, em *O Tecelão dos Tempos*, a “comemoração, como um ritual constitui uma narrativa atravessada e constituída por um enredo, é uma forma de fazer ver e de dizer o passado.” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2019, p. 187).

Refletir, então, sobre nomes e celebrações de lutas, traz à memória também que a nomenclatura “questão social” começa a ser utilizada no século XIX quando, na Europa Ocidental, a industrialização e o desenvolvimento do capitalismo produziram nova dinâmica e feição da pobreza e do pauperismo, não mais pela ausência de bens materiais. O fenômeno novo, denominado “questão social” designava o aumento da pobreza ao mesmo tempo em que crescia a capacidade de produzir riquezas, isto é, a exploração da força de trabalho. Parte da literatura adota o uso da expressão “questão social” entre aspas para indicar esse significado histórico da desigualdade, constitutiva do desenvolvimento do capitalismo, que se manifesta/expressa de diversas formas e que engloba também a dimensão política.

Dessa forma, as políticas sociais surgem e se desenvolvem na perspectiva do enfrentamento da “questão social”, isto é, por um conjunto de expressões do processo de desenvolvimento do capitalismo, da formação da classe trabalhadora e de seu ingresso no cenário político, exigindo do Estado e do empresariado respostas às suas necessidades de sobrevivência. Assim, as políticas sociais dizem respeito à divisão

⁵ Para aprofundar a discussão sobre “questão social”, sugere-se consultar Santos (2017), Pastorini (2007) e Temporalis (2001).

da sociedade em classes e à organização dos trabalhadores, do Estado e do capital em torno da direção a ser dada à riqueza socialmente produzida.

A questão social tem como fundamento as relações de exploração do capital sobre o trabalho. No contexto brasileiro, são marcas históricas da “questão social” a flexibilidade e a precariedade das ocupações no mercado de trabalho (SANTOS, 2017). Essas marcas históricas impactam também no envelhecimento do (a) trabalhador (a) e nas diversas necessidades que as suas condições de trabalho produziram como não seguridade social, especialmente nos campos da saúde e da previdência, demandando com isso maior atenção da assistência social.

Assim, as políticas sociais e a formatação da proteção social são desdobramentos e respostas, geralmente setorializadas e fragmentadas, às expressões da questão social. Na trajetória brasileira das políticas sociais, o Estado se modifica histórica e estruturalmente e mantém seu papel de reprodução social do trabalho e do capital (BEHRING; BOSCHETTI, 2018), ou seja, o Estado garante condições para a manutenção da exploração da força de trabalho.

Nesse viés, pode-se pensar também como as ideias fundadas no modo de produção capitalista, atribuem como responsabilidades morais e legais o cuidado de pessoas por suas próprias famílias. Essas atividades realizadas pelas famílias, por meio de trabalho não-pago, doméstico, caracterizadas como de âmbito privado/particular, contribuem para eximir o Estado da distribuição da riqueza que é socialmente produzida através do trabalho. As ações estatais são direcionadas principalmente para incentivar a produção de novas riquezas, mantendo a desigualdade social e atuando o Estado com políticas para amenizar problemas, sem alterar as suas causas.

Perceber indícios de divergências, ruídos e disputas do que ocorre numa atuação estatal pode ser um importante nó a ser levantado numa pesquisa como esta. Trazer à comunicação os entornos, ser aquele que “problematiza, torna problemático o objeto da comemoração, que o dissecar em seu processo de construção, mapeando os interesses convergentes e divergentes” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2019, p. 185) em uma dada questão, isso nos permite avançar em nossas pesquisas.

Nas sociedades pré-capitalistas, o Estado assumia algumas demandas sociais ao lado de ações filantrópicas e de caridade privada. As intervenções eram de cunho mais punitivo do que protetivo. A literatura sobre a temática, frequentemente recorda

as Leis Inglesas, que antecederam a Revolução Industrial e que se espalharam pela Europa. Exemplos disso são: Estatuto dos Trabalhadores (1349), Estatuto dos Artesãos (1563), Lei dos Pobres Elisabetanas (1531-1601), Lei de Domicílio (1662), Speenhamland Act (1795), Poor Law Amendment Act (1834) (BEHRING; BOSCHETTI, 2018).

Essas normas estavam fortemente associadas ao trabalho e a ele estavam obrigados todos os que para tal apresentassem condições. A assistência era mínima e com critérios seletivos e restritivos, visando induzir a todas as pessoas a se manterem por meio do trabalho. Além disso, por intermédio da Lei de Pobres, por exemplo, ao acessar aos direitos sociais, os pobres deixavam de ser inteiramente cidadãos, porque na condição de internados nas casas de trabalho não tinham o direito civil da liberdade pessoal, e, conseqüentemente, também eram impedidos de exercer os direitos políticos (MARSHALL, 1967). Desse modo, pode-se afirmar que se dava um divórcio entre direitos sociais e estatuto de cidadania. Assim, mulheres e velhos, por exemplo, eram protegidos porque não eram considerados cidadãos.

O que muda ao longo do tempo? A ideia “sujeito de direitos”, é colocada em várias normativas brasileiras pós-Constituição Federal de 1988 e em documentos que orientam políticas públicas, principalmente voltadas aos historicamente considerados “não sujeitos”, pessoas idosas, crianças e adolescentes, pessoas com deficiência, mulheres. São sujeitos e não objetos de direitos. No entanto, a condição de “não cidadão” se dá pelo lugar dessas pessoas no sistema de produção capitalista.

A intervenção do Estado por meio de políticas públicas se realiza, no decorrer da história, de forma limitada e focalizada.

A Lei dos Pobres, da Inglaterra dos séculos XVII e XVIII, representa o mais antigo e mais claro exemplo de estabelecimento de diferenças e de categorias entre os habitantes “pobres”, bem como de coerção compassiva (CAPONI, 2000). Com a Lei dos Pobres iniciou-se a designação de lugares e funções, por meio da distribuição dos pobres em espaços precisos para o seu atendimento, isto é, cada indivíduo deveria ser atendido em sua paróquia, não sendo possível deslocar-se para atendimento em outra, exceto se comprovasse condição de pagar sua moradia em outro lugar.

Na sociedade capitalista, algumas questões do pré-capitalismo se mantêm. Conforme argumenta Teixeira (2012), a natureza compensatória e punitiva das

políticas de assistência social, que submetem os atendidos a rituais comprobatórios de sua condição, faz com que o indivíduo se relacione com o Estado quando se reconhece como não cidadão. É pela percepção de sua incapacidade que o indivíduo recorre à assistência social e, na condição de necessitado, nas palavras da mesma autora, estabelece com o Estado uma relação de cidadania invertida.

A política de assistência social é destinada principalmente a segmentos da população sem condições de reprodução da subsistência via trabalho, por razões temporárias ou permanentes (YASBEK, 2018). Essa política pública é seletiva, destina-se a quem dela necessitar. É uma das estratégias do Estado frente à "questão social". A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a assistência social como direito social e dever do Estado, no entanto o seu desenvolvimento enquanto política pública encontra dificuldades para avançar, postas por diversos interesses político-econômicos e influenciado também por características culturais da formação brasileira.

Para o capitalismo subsistir, além do trabalho, é necessário que o Estado compense as falhas do mercado (HARVEY, 2008). Neste sentido, atua no controle econômico (políticas fiscais e monetárias), na disciplina legal, nas ordenações simbólicas, na busca por legitimidade (programas de assistência social, por exemplo).

Dessa forma, as políticas sociais são ambíguas e têm funções contraditórias (YASBEK, 2018). Por meio da incorporação de demandas sociais, o Estado produz serviços. Esses não visam enfrentar a desigualdade social, e sim, responder a necessidades de produção e de reprodução da vida e das relações sociais, em que também exercem o papel de atenuar conflitos. Contraditoriamente, as políticas sociais são também meios para concretizar direitos sociais, ainda que de forma limitada, foco de análises desta tese.

Assim, as políticas sociais têm diversas funções, econômicas e políticas. Contribuem na reprodução das condições de vida dos trabalhadores e socializam os custos dessa reprodução. Além disso, integram mais pessoas no circuito da produção-consumo de mercadorias, por meio da concessão de transferências monetárias de renda a indivíduos em situação de pobreza.

As construções das políticas sociais envolvem relações que são de demanda-outorgamento (PASTORINI, 1997), em que o Estado busca evitar, por meio das políticas sociais, lutas e conflitos implícitos. Dessa forma, por vezes, se antecipa, em

responder a necessidades sociais. Pastorini (1997), em sua tese, critica o binômio concessão-conquista, afirmando que as políticas sociais envolvem relações entre sujeitos, que concedem e conquistam ao mesmo tempo. Nessa crítica ao binômio concessão-conquista, Pastorini (1997) propõe os termos demanda-outorgamento. A demanda-outorgamento envolve a produção e apresentação de demandas de diferentes setores da sociedade em processos não lineares, em que o Estado, por vezes e estrategicamente, se antecipa no reconhecimento e respostas a necessidades sociais.

Nos processos de configuração de políticas públicas, observam-se dinâmicas diversificadas. As várias mudanças preconizadas na Constituição Federal de 1988 (conceito de seguridade social, princípios, organização administrativa, mecanismos de participação etc.) ainda encontram limites para implementação. Isso tem, dentre outros aspectos, relação com o contexto de crise inerente ao desenvolvimento do capitalismo, que no Brasil produziu uma “cultura política da crise” (MOTA, 2017). Essa cultura se colocou com discurso da necessidade de redefinição do papel do Estado e de formar coalizões para superar a crise. Diferente das políticas sociais desenvolvidas no pós-II Guerra Mundial, em que o Estado buscou administrar a resistência dos trabalhadores, a partir dos anos 1980, a atuação veio por fomento a concessões, com os processos de flexibilização do papel do Estado como garantidor de direitos sociais.

No Brasil, desenvolveu-se uma americanização perversa da seguridade social (VIANNA, 1998). Essa americanização se manifesta no mix entre o público e o privado, especialmente nas políticas de saúde e previdência social. Isso impacta de maneira direta as pessoas idosas. A mescla entre o público e o privado se expressa, também, na cidadania solidária e num modelo de proteção social residual para os mais pobres, bem como em dinâmicas privatizantes e de terceirização. Ademais, vale lembrar que no neoliberalismo se configura o cenário em que os objetivos das políticas sociais são secundarizados pelas demandas de eficiência econômica e equilíbrio orçamentário.

2.2 POLÍTICAS SOCIAIS E PESSOAS IDOSAS

Os contextos históricos da política social revelam como são construídas e desenvolvidas as intervenções públicas e as relações que se estabelecem entre

Estado e sociedade. Considerando que as políticas sociais são ambíguas e contraditórias (YASBEK, 2018) que limites e possibilidades para a expansão de direitos sociais estão presentes? Quais são os aspectos históricos que indicam mudanças e continuidades no trato das demandas que envolvem a proteção social de pessoas idosas? Para as questões que se mostram como demandas são construídas respostas no âmbito do Estado? Quais os acionamentos da política pública à “instituição família”?

Ao longo do tempo até a atualidade, as ações públicas permitem o acesso a recursos, serviços e reconhecimento de direitos, ao mesmo tempo em que representam a busca de estabilização das relações sociais, construindo-se a noção de políticas sociais. Desse modo, as políticas sociais cumprem também função ideológica e são espaços de pressão pela ampliação de direitos. O Estado incorpora parte das exigências dos trabalhadores e as integra à ordem econômica, de modo que possa atender a diversos interesses (YASBEK, 2018).

Quando o Estado brasileiro se mobilizou em relação às políticas para pessoas idosas? Cabe observar que as pessoas idosas passaram a constituir uma categoria social somente ao longo do século XIX, quando os grupos necessitados de cuidados começaram a ser diferenciados. A separação dos que precisavam de assistência (mulheres, velhos e crianças) dos que eram considerados aptos ao trabalho, se deu em meio a práticas de “higienismo social” e com críticas à caridade.

O higienismo surgiu entre os séculos XIX e XX, ligado a teorias de saúde coletiva (sanitaristas) e de organização do espaço urbano (RIZZINI, 2008; DELAMARE, 1979). As pessoas não idosas que não trabalhavam, sob a alcunha de vadias, eram tratadas como casos de polícia. Os mendigos e os velhos eram considerados incapazes para o trabalho.

Em relação às pessoas idosas, a ideia de incapacidade para o trabalho sofre alterações, principalmente ao longo do século XXI, influenciada pelo neoliberalismo. Ser pessoa idosa não é sinônimo de não exercício laboral ou de perda da capacidade laborativa. Não se trata de defender ou refutar a ideia da capacidade ou incapacidade para o trabalho. A questão central é o abismo e a diferença entre o desejo em trabalhar e a necessidade de continuar trabalhando. A exigência de maior tempo de serviço para o direito previdenciário de aposentadoria, a idade mínima de 65 anos para o

benefício assistencial, a insuficiência de recursos materiais para a sobrevivência, são alguns dos aspectos que mantêm pessoas idosas trabalhando.

As ideologias da “terceira idade” e do “envelhecimento ativo” colaboram com a produção de mudanças no significado social da velhice e nas políticas para o envelhecimento. Isso afeta a dimensão do trabalho na vida das pessoas que envelhecem. Ademais, produz visões sobre as pessoas idosas como ativas e consumidoras de atividades que envolvem cuidados com o corpo, viagens e lazer, por exemplo.

No neoliberalismo, é construída a imagem de velhice bem sucedida, apoiada na gerontologia, na mídia e em pessoas idosas, com propostas de cuidados e de produtos que prometem retardar o envelhecimento. Isso cria a novidade: imagem da pessoa idosa como ativa e investidora, em oposição ao solitário e pobre, o que transforma a velhice num problema social, porém de responsabilidade individual (DEBERT, 2004).

É possível reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais a um custo menor. Mas o que falta para que isso ocorra? Que todos os atores do setor se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e que se permitam inovar. E vale dizer que, em muitos casos, inovar pode significar apenas resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde. (VERAS, 2024, p. 2).

Apesar de ser possível a redução de custos de manutenção do modelo de atenção à saúde que atualmente é praticado, hospitalocêntrico, com formatos em que se fomenta uma atenção integral à saúde, assistência, por exemplo, ainda vale problematizar algumas questões.

No que se refere aos sujeitos necessitados de assistência, dentre eles as pessoas idosas, com dependência de cuidados ou necessidades materiais não atendidas, observa-se que o controle exercido pelas instituições não desaparece com a modernidade (CAPONI, 2000). Integra-se e é reproduzido com moralidades fundamentadas na obediência e com objetivação dos sujeitos.

Homens exercem poder sobre mulheres, adultos sobre crianças, burocracia sobre a população, saber médico sobre os corpos. Tudo isso supõe uma racionalidade, que não é pura violência instrumental.

No Brasil, em termos de legislação, há como marco o decreto imperial de 1884, que regulamentou o funcionamento do Asilo de Mendicidade, no qual quatro grupos de mendigos eram admitidos: os menores de 14 anos, abandonados e ociosos; os

indigentes, os velhos e os incapazes; os que se apresentavam espontaneamente provando sua indigência; e os alienados, aqueles que não eram recebidos no Hospício Dom Pedro II (CHRISTOPHE, 2009).

Os filantropos do século XIX apresentavam suas instituições disciplinares sob a retórica da compaixão. Disciplina e compaixão funcionam em complementaridade (CAPONI, 2000).

Além disso, é ainda no século XIX que os Estados passam a governar através das famílias, por meio de intervenções e estratégias diversificadas. As demandas de cuidados de higiene com o corpo e com o espaço familiar, por exemplo, passam para as famílias pobres normas de moralização dos hábitos e discursos dirigidos principalmente às mulheres e às mães. A aceitação de novos valores pelas famílias se dá pela associação com objetivos desejados, como a redução da mortalidade infantil, por exemplo.

Os tratados médicos do século XVIII expunham simultaneamente uma doutrina médica e conselhos educativos. No século XIX os textos médicos dirigidos às famílias mudam de tom e se limitam a conselhos imperativos. Isso, por duas razões, sem dúvida convergentes. Após Lavoisier, a concepção maquinística do corpo não se sustenta mais; com ela desaparece a congruência perfeita entre doutrina médica e moral educativa. (DONZELOT, 1980, p. 23).

Com formas de abordagem um pouco distintas, o “familismo”, maneira de tornar central o núcleo familiar no caso de uma análise (ou intervenção) sobre políticas públicas, apresenta-se no estreito vínculo da mesma genealogia de corpos e sexualidade da criança (DONZELOT, 1980), podendo ser transposto o mesmo raciocínio para pessoas idosas.

Nos caminhos que a pesquisa proporciona, por vezes a questão da política pública se encontra abraçada às práticas médicas (e de cuidado).

Essa ligação orgânica entre o médico e a família irá repercutir profundamente na vida familiar e induzir sua reorganização em pelo menos três direções: 1. o fechamento da família contra as influências negativas do antigo meio educativo, contra os métodos e os preconceitos dos serviços, contra todos os efeitos das promiscuidades sociais; 2. a constituição de uma aliança privilegiada com a mãe, portadora de uma promoção da mulher por causa deste reconhecimento de sua utilidade educativa; 3. a utilização da família pelo médico contra as antigas estruturas de ensino, a disciplina religiosa, o hábito do internato. (DONZELOT, 1980, p. 24).

O raciocínio do escritor francês se debruça sobre a virada da infância como objeto de intervenção do estado a partir da construção da necessidade de políticas públicas para este grupo. A infância judicializada já era vista como um recorte relevante para a construção do que se convencionou chamar “setor social”: o Estado

intervindo sobre realidades individuais ou familiares de modo a reordenar as forças em jogo (DONZELOT, 1980).

Ao longo do texto (DONZELOT, 1980), nota-se que a proposta não é acerca da infância, mas sobre a noção de políticas públicas. Por esta razão, esta pesquisa se serve de algumas das observações feitas ali para que se possa notar algumas evidências também para escrever sobre o familismo.

As práticas disciplinares centradas nas famílias continuam presentes nas políticas sociais desenvolvidas nos séculos seguintes.

A diferenciação entre grupos necessitados de cuidados foi influenciada, além dos asilos, por outros meios. Pessoas idosas passam a constituir grupo social com a construção de um discurso científico, de biopoder, que pauta intervenções institucionais (CAPONI, 2000), como as do campo da saúde.

Além disso, o surgimento das aposentadorias e pensões gerou ao idoso um novo status, determinado pelo fator idade (GROISMAN, 1999).

No início do século XX, a proteção social da família, e nisso a demanda por aposentadoria, foi reivindicada juntamente a questões salariais, por meio de lutas operárias com greves gerais dos trabalhadores no Brasil (1905, 1907, 1917, 1919). No entanto, as respostas do Estado se centravam na repressão policial e a sua omissão perante as necessidades dos trabalhadores fazia com que eles organizassem sistemas de Caixas de Aposentadorias e Pensões com recursos próprios, a fim de assegurar materialmente a si e suas famílias nas situações de desemprego, velhice, doença ou morte. Em 1923, as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram normatizadas pelo Estado, por meio da denominada Lei Elói Chaves.

Naquele período, as ações no campo da assistência, em sua maior parte, eram civis e com caráter caritativo, como as Irmandades da Misericórdia, ligadas à Igreja Católica, e que ofereciam serviços de hospedaria, albergue e enfermaria. Essa modalidade de atendimento se estendeu ao longo dos tempos, constituindo instituições de acolhimento e convivendo com diferentes graus de interação com os sistemas públicos de proteção social (TEIXEIRA, 2012).

Na década de 1930, o processo de modernização e as lutas dos trabalhadores conduziram à ação do Estado na regulação entre capital e trabalho, o que levou a instauração de direitos sindicais, trabalhistas e previdenciários. Em 1933, foram instituídos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que contavam com a

participação estatal na administração e financiamento, porém mantinham a capitalização por parte dos trabalhadores.

Dessa forma, para as pessoas idosas que não contavam com trabalho regulamentado restavam apenas pontuais ações de assistência, com caráter filantrópico.

Em 1942, foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), cuja presidência era assegurada às primeiras-damas e que, mesmo sob a intervenção estatal, manteve características de ajuda, relacionada ao mérito da necessidade e não ao direito do cidadão (TEIXEIRA, 2012).

O mérito da necessidade também é considerado nos períodos pós configuração do Sistema Único de Assistência Social (início do séc. XXI). No entanto, com o SUAS, o mérito não deve mais estar na ótica da caridade e da benesse, mas da assistência social como direito a “quem dela necessitar”, conforme preconizam as normativas dessa política pública.

No contexto político ditatorial, nas décadas de 1960 e 1970, a incorporação de demandas do envelhecimento se deu por meio de iniciativas da sociedade civil, das associações científicas e do Estado. Esse, contraditoriamente, ampliou a proteção social na perspectiva de alcançar maior legitimidade.

Em 1960, por meio da Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS –, foram uniformizados os direitos dos segurados, que, anteriormente, eram definidos de acordo com as categorias ocupacionais, e ampliados os benefícios para todos os trabalhadores regulados pelas leis do trabalho. No entanto, nesse período, os trabalhadores rurais, os autônomos e as empregadas domésticas permaneceram sem cobertura.

No âmbito da sociedade civil, foi criada, em 1961, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), no Rio de Janeiro. Formada por médicos, visava estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisa, entre outros objetivos (CAMARANO, 2016).

Outra iniciativa que marca a trajetória de ações voltadas ao idoso data de 1963, quando, em São Paulo, o Serviço Social do Comércio (SESC) passa a realizar trabalhos com pessoas idosas e a dar visibilidade social ao envelhecimento (CAMARANO, 2016). Essa instituição desenvolveu atividades socioculturais e de

convivência entre pessoas idosas, promoveu formação de técnicos na área de gerontologia, criou centros de documentação, publicações, seminários e congressos envolvendo pessoas idosas e profissionais, que contribuíram para a constituição de políticas públicas posteriores.

Na década de 1970, começaram a ser desenvolvidas ações do governo federal, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que executava o Programa de Assistência ao Idoso – PAI, o qual congregava espaços de convivência em seus próprios centros sociais e em instituições conveniadas, bem como dispunha de internação de aposentados e pensionistas do Instituto que apresentassem desgaste físico e mental, insuficiência de recursos e inexistência de suporte familiar. De acordo com Silva (2006), a inclusão dos idosos nas instituições dependia de um laudo médico e de uma análise do Serviço Social, em que se avaliava o estado físico e mental, a falta de recursos do idoso ou de sua família e as circunstâncias do abandono familiar.

A inclusão das pessoas idosas nos serviços disponibilizados pela previdência social dependia da falta da família. Assim, tinham direito a espaço de convivência ou “internação” as pessoas idosas sem família. Esse critério seletivo, demarca lugares institucionais para a categoria “pessoas idosas sem família”.

A condição “sem família” traz implícita a necessidade de lugares para conviver ou para habitar, ou seja, a necessidade de acolhimento institucional. Ao mesmo tempo, essa forma de resposta estatal demarca o lugar para as pessoas idosas com família, isto é, entende que a própria família é a resposta da convivência e das demandas da casa, do habitar, do acolher a pessoa idosa em suas necessidades.

Ainda na ótica da previdência social, em 1971, foi estendida a aposentadoria para trabalhadores rurais, chefes de domicílio e a renda mensal vitalícia para trabalhadores urbanos e rurais idosos e, também, para pessoas com deficiência e insuficiência de renda. Em 1972, as empregadas domésticas foram incorporadas à previdência e, no ano seguinte, os trabalhadores autônomos.

Em 1977, o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS - definiu a “Política Social do Idoso”, elencando ações de atendimento institucionalizado e médico-social, programas de pré-aposentadorias, treinamento de recursos humanos, mobilização comunitária, entre outros. No entanto, devido a seu conteúdo abstrato, tornou-se letra morta (GOLDMAN, 2000).

As políticas voltadas para a população idosa se resumiam ao provimento de renda para os segmentos de trabalhadores e de assistência para os vulneráveis e dependentes (sem renda e sem família com renda).

Ao longo dos anos 1980, começaram a ganhar espaço outras concepções de atenção à pessoa idosa, que foram impulsionadas pelo debate internacional. O Brasil foi signatário do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento (1982)⁶.

O referido Plano resultou da primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em Viena, e que teve como marco de referência a Conferência dos Direitos Humanos realizada em Teerã, em 1968.

O Plano Internacional de Ação indicou aos países a adoção de um conceito ativo e positivo do envelhecimento e de ações que garantam um envelhecimento saudável. Centrado no bem-estar das pessoas idosas dos países desenvolvidos e voltado para aqueles independentes e com poder de compra, tinha, também, uma visão de medicalização da velhice. Além disso, no Plano foram elencadas recomendações aos países, para, entre outras questões, prover pensões, aposentadorias e assistência à saúde, porém, essas dependiam de alocação de recursos, que não foram previstos (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 255).

A falta de previsão orçamentária para execução de ações e serviços públicos faz parte da dinâmica neoliberal. A redução do papel do Estado é um dos aspectos propagados, juntamente com o ideário da liberdade e do mercado. Conforme Menchise, Ferreira e Álvarez (2023), no neoliberalismo todo o conjunto da vida social se torna subordinado à lucratividade. A lógica rentista e as políticas de austeridade, com cortes de gastos e retirada de direitos dos trabalhadores, diminuem as políticas públicas e sociais. Assim, as saídas para as demandas sociais devem ser buscadas pelos indivíduos e suas famílias, o que remete às obtenções no mercado, como por exemplo, via planos de saúde, previdência complementar, entre outros. Novamente o familismo se mostra nas concepções e práticas que configuram as políticas sociais.

Para Harvey (2011) a resposta depende do que entendemos por neoliberalismo. Para ele, refere-se a um projeto de classe que surgiu na crise dos anos 1970. O neoliberalismo é mascarado por muita retórica sobre liberdade individual, empreendedorismo, autonomia, responsabilidade pessoal e as virtudes da privatização, livre-mercado e livre-comércio, legitimou políticas draconianas destinadas a restaurar e consolidar o poder

⁶ O Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento pode ser consultado na íntegra em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf.

da classe capitalista, principalmente financeira. Esse projeto tem sido bem-sucedido, a julgar pela centralização da riqueza, e não há nenhuma evidência [sic] de que esteja morto. (MENCHISE; FERREIRA; ÁLVAREZ, 2023, p. 5).

A influência do debate internacional e por intermédio do processo Constituinte, contribuiu para que o Brasil incorporasse o tema do envelhecimento na Constituição Federal de 1988 e em normativas posteriores. Em 1992, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento. Definiu parâmetros para a elaboração de um marco conceitual do envelhecimento, instituído em 1995, e apresentou quatro dimensões: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social (CAMARANO; PASINATO, 2004). Ademais, ao longo dos anos 90, as pessoas idosas passaram a ser mencionados em fóruns da ONU sobre populações e gênero, entre outros.

Com o processo de redemocratização no Brasil, adquiriram maior força diversas organizações da sociedade civil, entre elas, as de aposentados e pensionistas que tiveram papel relevante na luta por políticas públicas para as pessoas idosas.

Parece interessante mencionar que o movimento do neoliberalismo também trouxe a ideia do ser empreendedor-de-si, devolvendo ao indivíduo uma responsabilidade grande sobre os próprios sucessos e insucessos.

Houve uma grande virada que mobilizou um leque de meios nos anos 1970 e 1980 com objetivos bem determinados como o desmantelamento do Estado-social, privatizações, Estado-empresa, mudança de filosofia nas disciplinas institucionais junto com o auxílio estratégico da mídia. E uma racionalidade não só do Estado ser gerido como uma empresa, mas como também o homem ser visto como uma empresa, homem-empresa e competitivo, empresa de si (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 16, *apud* MENCHISE; FERREIRA; ÁLVAREZ, 2023, p. 3)

Quando olhada tal situação de esvaziamento estratégico das políticas públicas e reforço das ações individuais, com vistas à pessoa idosa, temos uma grande distorção que se remarca: a velhice ativa *versus* o sujeito que precisa de cuidados.

O movimento dos aposentados, na década de 90, para o reajuste das aposentadorias, contribuiu para a construção de uma concepção de idoso enquanto ator político (mesmo que na categoria “aposentados” há pessoas com idade inferior a 60 anos).

2.3 A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, O QUE TEMOS?

A Constituição de 1988 inovou ao apresentar a ideia de seguridade social com integração das políticas de assistência, previdência e saúde, e princípios como universalização, equidade, participação, descentralização. É a partir da construção da seguridade social que a assistência social se configura como política pública (para quem dela necessitar, ou seja, focalizada), a saúde se torna direito universal, por meio do SUS, e a previdência se caracteriza principalmente pela lógica do seguro.

Em seu Capítulo VII, composto pelos art. 226 a 230, a Constituição Federal de 1988 trata da família, da criança, do adolescente, do jovem e da pessoa idosa. O jovem foi incluído por meio da Proposta de Emenda Constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010.

Vejamos que no art. 227 da Constituição Federal consta que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, um conjunto de direitos, dentre eles, à vida, saúde, educação, lazer, cultura, dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária, bem como salvaguardá-los das formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. No mencionado artigo 227 não há menção à pessoa idosa. Estaria aqui visão que distingue os grupos etários e que considera que a criança, o adolescente e o jovem têm potenciais a serem desenvolvidos, diferentemente da pessoa idosa, que estaria na finitude da vida?

Os direitos anteriormente elencados, somente em 2003, com o Estatuto da Pessoa Idosa, foram afirmados como direitos fundamentais desse segmento etário. Essas questões, configuram um pano de fundo, com aspectos que serão tratados ao longo desta tese.

Ainda no Capítulo VII da Constituição Federal de 1988, observa-se que especificamente em relação à pessoa idosa há os dois últimos artigos (229 e 230). Qual o teor de cada um deles? Vejamos.

“Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (art. 229, CF). Há uma ideia de reciprocidade geracional, que na prática se configura de forma desigual, pois, em geral, as pessoas idosas demandam suporte dos filhos (as) por mais tempo do que foram assistidos por seus pais, bem como as

necessidades de cuidados tendem a ser mais complexas e dispendiosas do que as das crianças e adolescentes. Ademais, a depender do tipo de família e do momento do ciclo vital doméstico, a geração adulta pode vivenciar, ao mesmo tempo, o dever legal de suporte material e afetivo aos antecedentes e descendentes. Quais condições as famílias têm para cuidar? A família é idealizada como principal responsável pelo cuidado. Esse cuidado é possível?

A atribuição de responsabilidades à família, especialmente do cuidado de familiares com dependência, demanda conciliações de responsabilidades do mundo do trabalho e do mundo doméstico. O cuidado onera a família nos aspectos financeiros, emocionais, de trabalho, entre outros, o que recai principalmente sobre as mulheres de famílias mais pobres (MOSER; DAL PRÁ, 2016). A limitação econômico-financeira impede ter o suporte, contratação de terceiros, para atividades domésticas e de cuidados. Além disso, em nossa sociedade não há divisão do trabalho de cuidados, fortemente marcado pelo trabalho de mulheres.

“A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (art. 230, CF). Considerando as responsabilidades da sociedade, Estado e família, pode-se observar que a ideia de proteção por parte da sociedade é um tanto inespecífica. Na realidade, a participação desta se torna visível pela oferta de serviços de natureza privada e/ou filantrópica. Em relação ao Estado, a falta ou precariedade de ações na promoção de serviços sociais nem sempre é devidamente apreciada. Já sobre a família, considerada no texto constitucional como “*base da sociedade*” (art. 226, CF), cuja natureza protetiva é, tradicionalmente, considerada ontológica, recaem claramente julgamentos e apelos morais e de responsabilidade legal sobre alguns sujeitos obrigados a ofertar o cuidado. Consta, ainda, no texto constitucional que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares” (art. 230, § 1º, CF).

E por fim, o trecho constitucional em relação à pessoa idosa assegura que “aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos” (Art. 230, § 2º, CF).

É sabido que a aprovação constitucional por si só não efetiva direitos. Dentre outros elementos, são necessárias políticas e normativas específicas voltadas a concretizar os direitos preconizados na Constituição Federal, orçamento público e

configuração de diversos meios de atuação estatal (serviços, benefícios, programas, etc.).

O contexto pós-aprovação da Constituição Federal é de elaboração de políticas específicas, o que se realiza em concomitância com o fortalecimento do neoliberalismo. Assim, a formatação de ações é feita numa conjuntura que é de intervenção mínima do Estado nas políticas sociais.

Nos anos 90 foram regulamentados dispositivos constitucionais relativos às políticas de previdência e de assistência social. Em 1993, foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº. 8.742 de 1993, revista pela Lei nº 12.435 de 2011, que apresenta, entre seus objetivos, “a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos” (art. 2º, I). Nisso compreende “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”; e “a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família” (art. 20, LOAS). Na LOAS, para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), é considerada a pessoa idosa a partir dos 65 (sessenta e cinco) anos (art. 20). A família é considerada incapaz de prover a manutenção da pessoa idosa quando comprovar renda mensal per capita inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do valor do salário mínimo (art. 20, § 3º, LOAS).

De acordo com a LOAS, “a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto”. (art. 20, § 1º, LOAS).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) gera, na prática, certa confusão entre previdência e assistência, uma vez que o benefício é assistencial, sendo, porém executado e concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), órgão responsável pelos direitos previdenciários. O acompanhamento das situações de vulnerabilidade dos chamados “beneficiários” compete à política de assistência social. Na avaliação dos critérios para a concessão, bem como para a manutenção ou cancelamento do BPC pode haver participação/interpretação das duas políticas - assistência e previdência. Em parte dos casos, o sistema de Justiça é acionado e também atua.

Durante os anos 90, iniciou-se a criação de delegacias especializadas de atendimento a pessoas idosas. Na condição de órgãos estaduais, para a sua criação dependem da iniciativa do poder político dessa instância governamental e estão subordinados à Polícia Civil. É comum as delegacias especializadas não serem destinadas ao atendimento exclusivo de pessoas idosas. Geralmente atendem também mulheres, crianças, adolescentes. Em alguns estados, incluem-se pessoas com deficiência.

Na dinâmica das políticas e serviços públicos se mostra a focalização em situações específicas, como, por exemplo, a configuração de delegacias especializadas para denúncias de algumas violências. Ao mesmo tempo, essa focalização em relação às violências pode abranger diferentes grupos, etários (pessoas idosas, crianças e adolescentes) ou de gênero (mulheres, por exemplo).

No que se refere a pessoas idosas, a Política Nacional do Idoso - PNI (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994) regulamentada em 1996 (Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996), tem por objetivo assegurar os direitos sociais, criar condições para promover a autonomia, integração e participação efetiva das pessoas idosas na sociedade. Dentre outros princípios, está o dever da família, da comunidade e do Estado assegurar todos os direitos da cidadania.

A conjuntura neoliberal com suas ideologias e mecanismos de intervenção mínima do Estado em algumas áreas, como a social, contribui para a manutenção da atribuição de responsabilidades à família principalmente.

A PNI apresenta, entre suas diretrizes, a “priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria subsistência”; e, ainda, a “priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família” (art. 4º, III e VIII, respectivamente, Lei n. 8.842/1994).

Seguindo a mesma linha de argumentação, o Decreto nº 1948/1996, que regulamenta a Política Nacional do Idoso, elucida que

(...) entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à sua própria subsistência de modo a satisfazer as necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. (BRASIL, 1996, art. 3º).

Em seu parágrafo único, o mesmo artigo acrescenta que “a assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono,

carência de recursos financeiros próprios ou da própria família”. Além disso, o referido dispositivo legal atribui ao MPAS: “estimular a criação de formas alternativas de atendimento não asilar” (BRASIL, 1996, art. 2º, IV).

Conforme a PNI, compete à assistência social estimular a criação de incentivos e de alternativas, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casais-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares, entre outros dispositivos. Quais ações foram implementadas no campo da assistência social que podem ser caracterizadas como compartilhamento de responsabilidades entre Estado e família?

A Política Nacional do Idoso coloca o atendimento familiar como prioritário, num contexto em que, na área da saúde mental, se fortaleceu o debate sobre a desinstitucionalização e que se iniciou a implantação da rede extra-hospitalar. O movimento pela Reforma Psiquiátrica⁷ buscou mudanças em vista da superação da violência asilar e pela produção de outras formas de cuidado.

Na tentativa de escapar ao governo da saúde mental por grandes hospitais psiquiátricos, algumas iniciativas durante a década de 1980 apontam para o germe da política antimanicomial. O poder saber (e dizer) sobre a loucura, antes reservado apenas aos médicos psiquiatras, começa a ser compartilhado em instituições como os NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial - de Santos/SP e o CAPS - Centro de Atenção Psicossocial - da Rua Itapeva em São Paulo/SP (AMARANTE, P. 1998).

Num primeiro momento, salta aos olhos a diferença entre os dois novos institutos: os NAPS, em formato de atenção durante as 24 horas do dia, pretendem ser uma maneira substitutiva de hospitais psiquiátricos, incorporando atividades diversas, além de psicoterapia e tratamentos medicamentosos. Os CAPS, por sua vez, funcionam com horário mais restrito, de expediente em geral (de 8h às 18h, de segunda à sexta-feira). Todos os dois “equipamentos” pretendem alcançar e dar suporte às famílias dos doentes mentais, trabalhando aspectos psicossociais, com equipes técnicas assemelhadas.

As novas descrições indicavam os transtornos mentais como um evento que podia ter momentos de descontrole, mas, geralmente, manejável com o sujeito em gozo de livre circulação social. A manutenção dos doentes em suas casas e o

⁷ A discussão pela Reforma Psiquiátrica se iniciou no final da década de 70 e é contemporânea do movimento pela Reforma Sanitária, favorável a mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde e que contribuiu para a construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

acompanhamento (medicamentoso, inclusive, sempre que necessário) no âmbito das novas instituições buscavam substituir os manicômios por unidades institucionais menores, com outro discurso de tratamento. O acompanhamento da família também se levanta como parte do apoio que estes novos modelos pretendem alcançar.

Na década de 90, começam a ser regulamentados serviços de atenção diária, entre os quais, hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS.

Inseridos na política pública de saúde, os CAPS e NAPS passam a responder pela normatização dada na Portaria GM-MS 336/2002. Neste formato jurídico institucional, os NAPS são enquadrados em modelos de CAPS. As formas de Centros de Atenção Psicossocial variam em complexidade e especificidade. No entanto, esta rede de saúde pública não tem ações voltadas à população idosa, especificamente.

Direcionado de forma exclusiva à pessoa idosa, no final da década de 90, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 1.395/99), tendo como foco a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece.

O pilar da saúde transcende o campo estritamente físico - com base em investigação desenvolvida no âmbito de várias áreas científicas - para englobar também os campos da saúde mental e do bem-estar social, todos recomendados para intervenção no nível das políticas públicas. (VERAS, 2024, p. 2).

A política instituída na Portaria n. 1.395/1999 surgiu num contexto de busca de redução de custos no tratamento de pessoas idosas no âmbito do SUS. Teve dois eixos: medidas preventivas e tratamento multidisciplinar específico para o segmento populacional idoso. Entretanto, na prática, as ações dessa política ainda carecem de implementação.

Tudo o que é multifatorial e foi construído ao longo de muitos anos é difícil de transformar. Mudar uma cultura não é simples. Essa assertiva precisa ser considerada. [...] Outra questão: existe a compreensão geral de que o cuidado do idoso ultrapassa a saúde. Além do diagnóstico e da prescrição, a participação social, as atividades físicas e mentais são elementos importantíssimos para a manutenção funcional. Mas ainda temos, principalmente na saúde suplementar, muita dificuldade para entender essas ações como parte integrante do cuidado. Existe uma tendência a separar ações “sociais” de ações “curativas”. (VERAS, 2024, p. 6).

Ainda na década de 1990, por intermédio da Política Nacional do Idoso, e na perspectiva da democratização e participação social na organização política estatal, foi prevista a criação dos conselhos de direitos do idoso nas esferas nacional, estadual, distrital e municipal. No entanto, apenas em 2002 o Conselho Nacional do Idoso foi implementado.

Em atenção à PNI, em 2001, a Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), apresentou aos municípios modalidades de atendimento a pessoas idosas (Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio de 2001). Em suma, com prioridade à permanência da pessoa idosa na família e o atendimento institucional integral como última alternativa.

As formas de atendimento propagadas pela Assistência podem ser agrupadas em 3 modalidades (DIOGO; DUARTE, 2002): 1) ambiente domiciliar - preza pela permanência da pessoa idosa na sua própria família ou em famílias que estejam dispostas a acolher e também na modalidade de residência em repúblicas, no caso de idosos independentes; 2) ambiente comunitário, por meio de três alternativas de residência: em casa-lar para pequenos grupos de pessoas idosas, que estão sem apoios familiares e com renda insuficiente para suas necessidades; centros-dia com atendimento integral durante o dia às pessoas idosas que não podem ser atendidas em seus próprios domicílios, com retorno à noite para suas residências; centros de convivência com atividades voltadas à sociabilidade, autonomia, envelhecimento ativo e saudável; 3) ambiente integral institucional - atendimentos em instituições asilares, destinados principalmente para pessoas idosas sem família e em situação de vulnerabilidade.

2.4 O ESTATUTO DA PESSOA IDOSA - EPI

Em 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) que, em 2022, teve seu nome alterado para Estatuto da Pessoa Idosa. Na justificativa para a mudança, consta que o termo “pessoa” lembra a necessidade de combater a desumanização do envelhecimento e que a terminologia “pessoas idosas” apresenta perspectiva inclusiva, em atenção às idosas mulheres.

O conteúdo e organização geral do texto do Estatuto da Pessoa Idosa se assemelha ao Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Por isso, serão mencionados aqui alguns aspectos comuns.

Aprovado em 1990, o ECA dispõe sobre a proteção integral, o que influenciou a elaboração de estatutos com textos semelhantes, para outros segmentos da sociedade (da juventude, da pessoa com deficiência, da pessoa idosa, por exemplo), como se poderá notar ao longo do Estatuto da Pessoa Idosa, aqui enfocado.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003).

Os dois Estatutos têm em comum o paradigma da proteção integral. Os direitos elencados em ambas normativas diferem no seguinte: Estatuto da Pessoa Idosa - “direito ao trabalho”, “direito à cidadania”; ECA - “direito à profissionalização”, “direito ao respeito”. Nomenclaturas diferentes, buscando adequar às idades, e mantendo semelhança relacionada aos direitos.

Outras características comuns estão relacionadas à “doutrina da proteção integral”; à garantia de prioridade; à convivência familiar e comunitária; à política de atendimento, que far-se-á por um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais; e às formas de funcionamento e de fiscalização de entidades de atendimento.

Além disso, há outros elementos semelhantes ao ECA: o dever de todos (as) de prevenir ameaça ou violação de direitos.

Segundo o EPI (art. 47), a política de atendimento à pessoa idosa, tem como linhas de ação: políticas sociais, previstas na PNI; políticas e programas de assistência social, supletivos, para aqueles que necessitarem; serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de violações de direitos; serviços de identificação e localização de parentes ou responsáveis por pessoas idosas abandonadas em hospitais ou instituições de acolhimento; proteção jurídico-social por entidades de defesa; mobilização da opinião pública para participação no atendimento da pessoa idosa.

O EPI preconiza “a priorização do atendimento da pessoa idosa por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência” (Art. 3º, V). Desse modo, entre as medidas de proteção, em casos de violação ou ameaça dos direitos das pessoas idosas, conforme o artigo 43, o Ministério Público ou o Poder Judiciário poderão determinar o “*abrigo em entidade*” e “o *abrigo temporário*” (Art. 45, V e VI, respectivamente). Estabelecem-se no EPI as mesmas disposições da PNI.

No que se refere à política de assistência social, consta no EPI: a garantia de acesso a rede de serviços, o provimento de sustento nos casos de não condições econômicas por parte da pessoa idosa ou seus familiares, a prestação da política de assistência de forma articulada. Pertencem ao campo da assistência social as

instituições de acolhimento de pessoas idosas, por meio de entidades de longa permanência ou casas-lar, bem como outros serviços, que serão detalhados à frente.

A PNI (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994) e o Decreto nº 1.948/96 recomendam que o Ministério da Previdência e Assistência Social *estímule a criação de formas alternativas de atendimento não-asilar*, entre as quais há Centro de Convivência, Centro de Cuidados Diurno, Casa-Lar, Oficina Abrigada de Trabalho, atendimento domiciliar e outras iniciativas surgidas na comunidade⁸. Em relação a essas formas alternativas de cuidado não-asilar, encontram-se no EPI artigos que tratam do atendimento domiciliar, colocado como uma das ações para o direito à saúde e para a perícia médica do INSS, no caso de pessoas idosas enfermas.

Com o gradativo aumento da população idosa, surgiram alguns programas educacionais voltados principalmente para o lazer. A primeira experiência brasileira de educação para adultos maduros e idosos foi implementada pelo Serviço Social do Comércio (SESC) com os grupos de convivência. Eles surgiram na década de 1960, com programação elaborada com base em atividades de lazer. Eram assistencialistas, pois não ofereciam instrumentos necessários para os sujeitos recuperarem a autonomia desejada. A partir da década de 1980, as universidades começaram a abrir espaço educacional para a população idosa e para profissionais interessados no estudo das questões do envelhecimento, predominando a oferta de programas de ensino, saúde e lazer. (VERAS, 2024, p. 15).

Vale notar que a noção de “recreação” trazida no processo educacional passa a integrar o cuidado, numa percepção mais global, inclui-se no registro da saúde da pessoa idosa. No entanto, estas modalidades ainda são previstas em âmbito institucional.

No que se refere às formas alternativas de cuidados compartilhados entre Estado e família, não há detalhamento no EPI, que especifique, por exemplo, atribuições, obrigatoriedades e recursos. Não há definição de prazos para implantar equipamentos, previsões de financiamentos. Isso contribui para não avançar na configuração de ações que contemplem nas políticas públicas cuidados intermediários às pessoas com dependência. Cuidados intermediários podem ser ofertados nas modalidades de centro-dia, hospital-dia, cuidadores remunerados pelo Estado, serviços de atenção domiciliar, por exemplo. Indefinições de ações públicas desse campo mantém a família como o “plano A” e, também, como “plano B”, às instituições de acolhimento integral.

⁸ Conforme Art. 10, “b” da Política Nacional do Idoso e Art. 2º e 4º do Decreto nº. 1948/96.

A lógica familista se mostra no modelo de proteção social que constitui a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), bem como em outras políticas sociais. O familismo reforça a concepção tradicional de família e as responsabilidades de cuidado atribuídas especialmente às mulheres, não reconhecendo transformações sociais, diversidades de contextos, bem como gerando práticas disciplinadoras⁹.

A política de assistência social tem como centralidade a “matricialidade sociofamiliar”, partindo da concepção de que a família tem capacidade protetiva e que essa capacidade deve ser fortalecida pelas políticas sociais. A proteção social deve aprofundar segurança de sobrevivência, de acolhida e de convívio familiar. A matricialidade sociofamiliar considera a família como fundamental para as ações e serviços da política de assistência social. Na configuração dos serviços socioassistenciais, que será tratada nos capítulos seguintes, se tornará visível a concepção da assistência social de ser a família a principal responsável pela proteção social a pessoas idosas.

2.5 PROPOSTAS E AÇÕES PÓS ESTATUTO DA PESSOA IDOSA

A partir de 2004, o governo federal, por meio da Secretaria Especial de Direitos Humanos, elaborou Planos de Enfrentamento à Violência Doméstica contra a Pessoa Idosa, sendo o primeiro para o período 2004-2006 e o segundo para 2007-2010. Este ratifica prioridades do anterior e inclui novas.

O Plano faz menção a dados demográficos relativos ao envelhecimento, o fato de o Brasil ser signatário de convenções internacionais, os custos da violência para o SUS, a cultura de conflitos intergeracionais e de negligências domésticas e institucionais. De acordo com o Plano, no Brasil a família é o *“locus privilegiado de moradia e de cuidados de todas as classes sociais”*, e por ser também espaço de violências

[...] merece ser foco de atenção em múltiplos sentidos: em termos de mudança cultural na forma de conceber a relação com a pessoa idosa; na preparação da casa para maior segurança; na formação de cuidadores familiares para os idosos dependentes; na proteção do Estado para as famílias que não têm condições de cuidar dos seus velhos (BRASIL, 2005, p. 19).

⁹ O conceito “familismo” pode ser aprofundado no livro “Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social”, organizado por Mioto, Campos e Carloto (2015).

Nas ações e metas dos Planos de Enfrentamento à Violência Doméstica, destacam-se a preocupação em promover o envelhecimento saudável, discussões com caráter educativo e que abranjam a mídia, divulgação das formas de acesso ao BPC e às políticas de assistência, estímulo a campanhas de prevenção de acidentes no trânsito, promoção dos vínculos familiares e comunitários, notificações dos casos de violência contra pessoas idosas, realização de congressos e cursos de formação de cuidadores, etc. No conjunto das ações, pode-se observar que elas são prioritariamente de cunho informativo e educativo. Ademais, com perspectivas que priorizam o atendimento às pessoas idosas por suas famílias, para as ações se tornarem concretas, a maior atribuição é para o ente “família”.

Como bem nos alerta Debert (2004) em sua obra, que continua como uma referência em estudos relacionados com o segmento das pessoas idosas, há uma socialização progressiva da gestão da velhice. Concomitantemente, há processos de reprivatização que transformam a velhice numa responsabilidade individual, o que pode a fazer desaparecer do leque de preocupações sociais.

Prosseguindo o panorama histórico, em 2006, por meio da Portaria nº 2.528, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que revogou a Portaria nº 1.395/99. Manteve-se, contudo, como objetivo central, a busca pelo envelhecimento ativo e saudável. Conforme a Política, envelhecimento ativo significa envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, pois a prevenção e promoção de saúde devem ser incorporadas em todas as idades. A Política destaca que na perspectiva de ampliar o conceito de envelhecimento saudável é que propõe o “envelhecimento ativo”, considerando a pessoa idosa como agente das ações a ela direcionadas.

Ainda em 2006, por intermédio da Lei nº 11.433, foi instituído o Dia Nacional do Idoso a ser celebrado anualmente, em 1º de outubro. Em seu parágrafo único, art. 1º, essa lei explicita que “os órgãos públicos responsáveis pela implementação da Política Nacional do Idoso ficam incumbidos de promover a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa do idoso na sociedade”.

Outra questão importante diz respeito às Conferências Nacionais, pois estão relacionadas com a participação e o controle social e são espaços de revisão e de proposição de políticas públicas.

As conferências contribuem com a construção de políticas setoriais e contam com a participação democrática de representantes do governo e da sociedade civil. Chama atenção que a primeira Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa foi realizada em 2006, ou seja, 18 anos após a Constituição Federal de 1988. Tomando como comparação outras conferências, constata-se que as dos direitos da pessoa idosa demoraram a iniciar. A I Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, por exemplo, foi realizada 7 anos depois da CF/88 (1995). Esses aspectos revelam a inexistência de prioridade, de fato, da pessoa idosa nas pautas e organizações sociais.

As Conferências Nacionais tiveram a seguinte periodicidade e temas: ano 2006, “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa”; em 2009, “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios”; em 2011, “O Compromisso de Todos por um Envelhecimento Digno no Brasil”; em 2016, “O Protagonismo e o Empoderamento da Pessoa Idosa”; em 2021, “Desafios de Envelhecer no Século XXI e o Papel das Políticas Públicas”.

Interessante observar que a periodicidade das conferências varia e que iniciam durante governo considerado com maior abertura para as pautas sociais. Cabe ainda sinalizar, que em abril de 2018, o presidente do Brasil Jair Bolsonaro, para marcar os seus cem dias de governo, extinguiu conselhos de direitos por meio do Decreto n. 9.759/2018, dentre os extintos, estava o Conselho Nacional do Idoso.

A partir da III Conferência Nacional, intensificaram-se ações para criação de conselho de direitos das pessoas idosas em municípios que ainda não o haviam constituído. Em parceria com a Confederação Nacional de Municípios, iniciaram-se também mobilizações para a constituição do Fundo Municipal do Idoso (FMI). O FMI é um tipo de fundo especial, isto é, produto das receitas especificadas, que se vinculam por lei a determinados objetivos e serviços. São fontes de recursos as transferências e repasses da União, do Estado e do município; valores de multas previstas no EPI; doações de pessoas físicas e jurídicas (se realizam principalmente por doações realizadas na declaração de ajuste anual do imposto de renda); outras receitas. Cabe ao Conselho Municipal da Pessoa Idosa deliberar sobre a aplicação dos recursos no município.

O Fundo Nacional do Idoso foi criado em 2010 e, por essa razão, também se iniciaram nessa época as mobilizações para a criação dos fundos municipais. A

constituição e regular funcionamento dos Conselhos de Direitos e do Fundo Municipal do Idoso, são instrumentos que podem contribuir, conforme as particularidades de cada município, para o desenvolvimento de ações públicas que viabilizem direitos das pessoas idosas.

Em relação à participação da pessoa idosa na sociedade e a valorização da família, observa-se que o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), aprovado pelo Decreto nº. 7.037, de 21 de dezembro de 2009, e atualizado pelo Decreto nº. 7.177, de 12 de maio de 2010, apresenta como um dos objetivos estratégicos a “valorização da pessoa idosa e promoção de sua participação na sociedade”. Com isso, nas ações programáticas prevê o fortalecimento da convivência familiar e comunitária, o acesso e humanização das políticas públicas.

Em 2011, foi implantado o Módulo da Pessoa Idosa do Disque Direitos Humanos (DDH 100). As redes de proteção, que davam nome à I Conferência Nacional já visavam ações relacionadas com a não-violência. Naquela Conferência foi lançado o manual “Cuidar melhor e evitar a violência”.

Nos anos seguintes, o governo federal, por meio da área de Direitos Humanos e Cidadania, promoveu campanhas de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. Em 2014, publicou o Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa, com informações sobre violência, formas de prevenção e de ação de enfrentamento.

Em 2017, foi criada a Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Essa demanda existia nos anos anteriores, pois a coordenação da Política Nacional do Idoso foi transferida em 2009 do Ministério do Desenvolvimento Social para o Ministério dos Direitos Humanos, sem uma secretaria para recebê-la. A partir de 2018, durante o governo Bolsonaro, houve retração das políticas públicas, além de a população idosa ter sido uma das mais atingidas pela crise sanitária ocasionada pela Covid-19.

A formação da agenda governamental, conjunto de temas e problemas considerados importantes em dado contexto, é construída de forma processual. É também processual o bloqueio da agenda, isto é, há problemas que são deliberadamente mantidos fora de atuação. Os temas considerados como problemas resultam da ação essencialmente política de atores como burocratas, movimentos

sociais, partidos políticos, mídia, que caracterizam dados eventos e condições como problemas públicos (CAPELLA, 2018).

Ao fazer memória das ações públicas voltadas para as pessoas idosas, observa-se que parte significativa dos dispositivos legais e dos programas governamentais têm cunho mais orientativo do que operacional. As definições mais claras são as que estão ligadas às responsabilidades familiares e das instituições de acolhimento integral (longa permanência). De modo similar, há clareza nas políticas públicas que envolvem a dimensão econômica, por exemplo, quanto ao BPC, a perícia do INSS, ao transporte público gratuito.

A PNI, a PNAS, o EPI e outras normas e documentos que regulamentam políticas públicas representam concepções e valores. Muitas vezes os reforçam e tornam possível a exigência legal/formal de aspectos do cotidiano. Diversos aspectos da realidade demarcam imagens sobre o envelhecimento e condutas esperadas, dentre outras, os tipos de proteção, quem oferta, como deve ser o cuidado.

No que se refere à efetivação dos direitos, vale também lembrar que há diferença entre proclamar o direito e desfrutá-lo efetivamente. A linguagem dos direitos tem função prática, mas pode se tornar enganadora quando obscurece ou oculta a diferença entre o direito reivindicado e o direito reconhecido e protegido (BOBBIO, 1992).

3 AS PESSOAS IDOSAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

“Compro móveis estofados

Me aposento com saúde

Pela assistência social”

(Raul Seixas e Paulo Coelho. Eu também vou reclamar).

A seguridade social é definida na Constituição Federal de 1988 como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Do tripé da seguridade, a assistência social foi a última a ter elaboradas as suas normas específicas.

A inexistência de prioridade para o delineamento dessa política pública tem relação com aspectos históricos que, por interesses político-econômicos, geram dificuldades para estabelecer, na prática, a assistência social como direito e como política com ações continuadas. A ideia de eventualidade de intervenções assistenciais e concepções que relacionam a assistência social com caridade, filantropia e primeiro-damismo, são marcas históricas que dificultam a efetivação dessa política pública como direito social.

Cinco anos após a previsão constitucional da assistência social como direito é que se iniciam os regramentos e outros mecanismos para a organização e funcionamento dessa política pública. Em 1990, foi apresentada à Câmara de Deputados uma primeira redação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Elaborada com o auxílio do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), foi vetada.

Diante disso, os municípios se articularam por meio de suas associações e outras organizações, sindicatos, movimentos sociais e categorias profissionais, para nova formatação da LOAS. Apresentada à Câmara dos Deputados por meio do Projeto de Lei nº 4.100, a nova redação foi transformada na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

O projeto de lei da LOAS¹⁰ se configurou com contribuições de debates promovidos por meio de seminários regionais e da conferência nacional de assistência social. Participaram representantes da sociedade civil, do Legislativo, estudiosos da

¹⁰ Íntegra do projeto de lei da LOAS, tramitações e discussões, podem ser consultadas em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=218778>

matéria, representantes do Movimento Ética na Política, da Associação Brasileira de Organizações Não-governamentais, do Conselho Nacional de Segurança Alimentar, na pessoa do sociólogo Herbert de Souza.

Em relação especificamente à pessoa idosa, constam na LOAS aprovada em 1993: a) a proteção à velhice como um dos objetivos da assistência social; b) o direito de a pessoa idosa, a partir de 70 anos, com renda familiar *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo, receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário-mínimo.

Na tramitação do Projeto da LOAS, observam-se algumas questões. Sobre o BPC a partir dos 70 anos, houve uma manifestação propondo 65 anos, pois em 1993 a média de vida dos brasileiros era inferior a 70 anos. No entanto, foi a partir de 2011, com nova redação da LOAS, dada pela Lei nº 12.435, de 2011, que o BPC passou a ser considerado direito a partir dos 65 anos. A idade mínima para o BPC é superior à idade em que a pessoa é considerada idosa, bem como é relativamente superior à idade em que as pessoas economicamente ativas podem se aposentar.

Na discussão do projeto da LOAS houve também proposição em relação ao valor da renda familiar *per capita*, para rebaixar o limite de um salário-mínimo para meio salário, o que não foi acatado. Outra proposta que poderia abranger pessoas idosas foi a de instituir, como competência dos estados, um auxílio à vítima de violência, o que não foi incluído na LOAS.

As ações da assistência social são de natureza não contributiva, diferindo da lógica do seguro que constitui a previdência social. A assistência social é para quem dela necessitar (Constituição Federal, art. 203), sendo política de seguridade social tem dimensão universal, a necessidade é a tônica, e deve garantir a todos (as) a proteção social.

A PNAS (2004) esclarece que a assistência social deve compreender os casos individuais como parte de uma situação social coletiva, capaz de captar as circunstâncias circundantes do indivíduo e sua família, os riscos, as vulnerabilidades, as forças, as possibilidades e capacidades que devem e podem ser desenvolvidas. Conforme a PNAS, a assistência social precisa considerar três vertentes de proteção social: pessoas, circunstâncias e família. Essa é entendida como núcleo de apoio primeiro. Para a concretização dessa política pública é necessário capacidade de

aproximação do cotidiano da vida das pessoas, que é onde se mostram os riscos e as vulnerabilidades.

Para o funcionamento da assistência social, a LOAS afirma a primazia da responsabilidade do Estado na gestão, financiamento e execução da assistência social nas três esferas de governo. Várias normas são construídas no processo de implantação da assistência social como direito.

Nessa seara é que, cinco anos após a LOAS, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), por meio da Resolução nº 207, de 16 de dezembro de 1998. O texto foi encaminhado ao Ministro da Previdência e Assistência Social para que fosse legitimado e para demais providências cabíveis, visando a implementação.

A PNAS permaneceu como medida provisória por seis anos, quando foi aprovada uma nova versão, pela Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, do Conselho Nacional de Assistência Social. Vale observar que as conjunturas políticas estão relacionadas com a aprovação ou a inércia e rejeição para normativas relacionadas aos direitos sociais. É na conjuntura do primeiro governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, considerado na época alinhado com causas sociais, que a PNAS é aprovada, contexto em que também se configurou um ministério específico para a assistência social.

A leitura das duas elaborações da PNAS permite observar informações sobre a sua construção. A primeira (1998) foi escrita com base em análise conjuntural, desafios sociais e demográficos; recomendações das Conferências Nacionais de Assistência Social; enfoques da proteção social baseados na contribuição de teóricos e indicadores de avaliação do estágio da gestão descentralizada e participativa.

A construção textual da PNAS (2004) foi coletiva, por meio de reuniões descentralizadas e ampliadas do Conselho Nacional de Assistência Social. Além disso, recebeu contribuições advindas, dentre outros, de encontros realizados em todos os Estados, que congregaram conselhos de assistência social, colegiado de gestores, secretarias, universidades, associações de municípios e entidades de assistência social.

A participação de diversas representações coletivas produziu elaborações textuais variadas. A multidisciplinaridade colocou na redação categorias teóricas e

algumas explicações dos seus significados. Na efetivação da política, os textos podem se mostrar com diversos entendimentos.

No que se refere à pessoa idosa, o texto elaborado em 1998 afirma que a assistência social tem a responsabilidade e competência para garantir o acesso aos bens e serviços de qualidade emanados da PNAS e das demais políticas públicas. A PNAS (2004) afirma a necessidade de constituir uma rede de serviços. Cabe à assistência social prover e identificar o que é de responsabilidade direta dessa política pública e identificar em que atua em co-responsabilidade.

É nesse sentido que a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS), aprovada em 2005, se constituiu como instrumento de regulação da PNAS e de parâmetro para o funcionamento do SUAS, disciplinando a gestão pública da assistência social, em consonância com a Constituição Federal de 1998, a LOAS e as demais legislações complementares aplicáveis à assistência social.

Assim, o SUAS é um sistema público que se pauta no pacto federativo, consolida de forma compartilhada, e com divisão de responsabilidades entre os três entes federativos, a execução da gestão, do co-financiamento e da cooperação técnica. O SUAS busca operar a proteção social não-contributiva, como dever do Estado e direito social.

Conforme a PNAS, são eixos estruturantes da gestão do SUAS: precedência da gestão pública da política; alcance de direitos socioassistenciais pelos usuários; matricialidade sociofamiliar; territorialização; financiamento partilhado entre os entes federados; descentralização político-administrativa; fortalecimento da relação democrática entre estado e sociedade civil; valorização da presença do controle social; participação popular/cidadão usuário; qualificação de recursos humanos; informação, monitoramento, avaliação e sistematização de resultados.

Segundo a PNAS, o território é a base de organização dos serviços, programas, projetos e benefícios, que são definidos pelas funções que desenvolvem, pelo número de pessoas que necessitam e pela complexidade. Assim, vale considerar a categoria território para melhor entendimento da organização do SUAS.

3.1 A CATEGORIA TERRITÓRIO E A ASSISTÊNCIA SOCIAL

A categoria território é mais comumente abordada no campo de conhecimento da geografia. No entanto, pela sua importância na esfera da ação política, seu uso se mostra em diversas áreas de estudos e de práticas, dentre elas, na política de assistência social.

O termo território surge no contexto europeu, para inicialmente designar o espaço da jurisdição sob o controle de um núcleo urbano. Na modernidade ocidental se tornou hegemônico o uso da palavra território para se referir a área onde se exerce a soberania estatal e/ou onde tem validade seu sistema jurídico (HAESBAERT, 2023).

Os conceitos têm historicidade que marca a sua construção e a sua modificação no decorrer do tempo. O conceito de território se desenvolve na reflexão de diversos teóricos, dentre eles, filósofos que utilizaram o termo para tratar também da dimensão simbólica do território. Diferenças se mostram na ênfase dada a aspectos do território e como os articulam.

O geógrafo suíço Claude Raffestin (1993) é um dos pioneiros na abordagem do território e destaca o caráter político, isto é, o território é construído por meio de relações marcadas pelo poder exercido por pessoas ou grupos. Entende que o território se forma a partir do espaço e resulta de ação conduzida por um ator sintagmático. O ator se apropria de um espaço, de forma concreta ou abstrata, e o territorializa. Assim, o território nacional, por exemplo, é concebido como um espaço físico, onde se localiza uma nação. É um espaço onde se delimita uma ordem jurídica e política. É um espaço marcado pela ação e o trabalho humano.

Conforme Saquet (2013), o geógrafo Raffestin faz parte da escola francesa, da qual outros autores (G. Deleuze, M. Foucault, F. Guattari, H. Lefebvre) também participaram da renovação de abordagens teóricas, dentre elas, a crítica a coisificação do território. Raffestin estabeleceu uma crítica à visão unidimensional da geografia política clássica de Ratzel, geógrafo alemão, em que a análise se dirige ao Estado, e buscou compreender a dimensão geopolítica do espaço. Raffestin (1993) entende o poder na perspectiva multidimensional e relacional. Com isso, considera o poder que emana do Estado e o poder presente nas relações, ou seja, o Estado não é a única organização a produzir territórios. Raffestin entende a territorialidade como as relações que se produzem em cada território e que, portanto, são mutáveis no decorrer do tempo e no espaço, conforme as características de cada sociedade.

As obras de Raffestin apresentam o espaço geográfico como apoio, substrato, palco preexistente ao território. O território é o lugar de todas as relações, espaço político onde há coesão, hierarquia e integração por meio do sistema territorial. Na organização territorial a relação espaço-tempo é entendida como processo (SAQUET, 2008).

Em obra em que o geógrafo brasileiro Marcos Aurélio Saquet (2008) realiza revisão de literatura de autores basilares dos estudos sobre território e territorialidade, destaca a centralidade do ser humano na efetivação dos territórios e das territorialidades, que são multidimensionais e relacionais. As relações, interações e atividades cotidianas se revelam na construção de malhas, nós e redes, que constituem o território. Há construção de mundo objetivo e subjetivo, material e imaterial. As territorialidades estão ligadas a cada lugar, dão-lhe identidade e são influenciadas pelas condições históricas e geográficas. A apropriação e construção do território geram identidades e heterogeneidades e estas, concomitantemente, produzem os territórios.

Neste sentido, o geógrafo Milton Santos (1994) de forma semelhante a Raffestin, sinaliza para uma separação ontológica entre espaço e território. Santos considera o território como produto histórico, composto por variáveis que constituem a configuração territorial. Territórios estão no espaço geográfico.

Ademais, Santos (1998) evidencia o conceito de território usado. O território é produto histórico, modelado por cada sociedade, com certa delimitação e configuração. O território habitado tem papel ativo, cria sinergias. Com isso, Santos (1993), afirma que as grandes contradições do nosso tempo passam pelo uso do território. As forças que criam a fragmentação podem, em outras circunstâncias servir ao seu oposto. “O território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado” (SANTOS, 1998, p.16).

No que se refere à política de assistência social, conforme Koga (2013), é importante reconhecer as condições objetivas dos territórios em que vivem as populações sobre as quais se referem um cadastro, um programa ou um serviço prestado. O território tende a ser visto mais como local de intervenção e menos como ator vivo que apresenta demandas particularizadas. Diante disso, é preciso considerar a territorialidade, entendida como o aspecto relacional e de pertencimento do território (KOGA, 2016).

Outros dois autores brasileiros - Rogério Haesbaert e Marcelo Lopes de Souza - contribuem no debate sobre o território, também apresentando perspectiva histórica e de ação humana.

Haesbaert (2023), com base em Raffestin (1993), salienta que mais que uma entidade físico-material, o território deve ser lido numa perspectiva relacional, dentro de um conjunto de relações sociais que o redefinem, em um ir e vir entre a territorialização, desterritorialização e a reterritorialização.

Haesbaert (2008) problematiza a correlação entre espaço e território e o processo de desterritorialização. Processo que se desdobra entre abertura e fechamento, fluidez e fixação territorial, e que forma estratégias territoriais e sociais, de contenção. Num mundo de aglomerados humanos precarizados, há territorialidades-limbo onde mal se distingue o dentro e o fora, o limite entre o legítimo e o ilegítimo. As territorialidades clássicas indicavam uma distinção mais clara entre o dentro e o fora, por exemplo, o que não ocorre na contemporaneidade em que as marcas são da ambiguidade. Com base em teóricos como Deleuze, Foucault e Lefebvre, Haesbaert trata o conceito de território na perspectiva de ação, defende o uso do conceito como uma forma de transformar o mundo. Para Haesbaert, o território pode ser concebido a partir da imbricação de múltiplas relações de poder, do poder mais material das relações político-econômicas ao poder simbólico das relações de ordem cultural.

Neste sentido, Haesbaert (2023) lembra que a definição de território como espaço onde se exercem relações de poder é a mais difundida. Isso exige um mínimo consenso sobre a concepção de poder. O poder deve ser entendido para além da figura do estado ou das classes hegemônicas, pois é inerente a toda relação social. Com base em Foucault, Haesbaert defende que somente numa situação de completa subordinação haveria apenas a violência e não o poder.

O geógrafo brasileiro Marcelo Lopes de Souza (2013), que desenvolve o conceito de território desde 1995, afirma que o território é um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder. O poder é exercido com referência a um território e, com frequência, por meio de um território. Trata-se da dimensão política das relações sociais. O território é uma relação social tornada espaço, mesmo que não diretamente material e ainda que dependa do substrato material.

Na PNAS, a territorialização é colocada como um dos princípios da proteção social. Esse princípio “significa o reconhecimento da presença de múltiplos fatores sociais e econômicos, que levam o indivíduo e a família a uma situação de vulnerabilidade, risco pessoal e social” (PNAS, p. 90).

A PNAS considera a família como núcleo social básico e como núcleo afetivo, vinculado por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade. Trata da territorialidade juntamente com o princípio da matricialidade sociofamiliar. Há na PNAS o entendimento de que a família deve ser fortalecida e apoiada, para que possa exercer papéis de sustento, guarda, educação, proteção de crianças, adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência. Assim, os fatores sociais e econômicos presentes no território devem ser considerados nas atuações públicas voltadas às situações vivenciadas por indivíduos e famílias.

A dimensão territorial deve fortalecer a lógica de proteção social, enquanto direito de cidadania, voltada para a prevenção de vulnerabilidades e de riscos. O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) é o espaço institucional público fundamental que deve garantir a presença dos direitos sociais e ser referência no atendimento da população local, reconhecendo os territórios como *loci* de vida com características políticas, econômicas e culturais (NASCIMENTO; MELAZZO, 2013).

Segundo Saquet (2008), a abordagem territorial abre a possibilidade de avaliar as condições existentes em cada território ou rede de territórios para potencializar projetos e programas de desenvolvimento com justiça social. O autor entende que a abordagem deve ser multidimensional, relacional e processual.

Buscando tornar mais conhecida a noção de território presente na política de assistência social, vale trazer alguma analogia sobre o mesmo conceito trabalhado na política de saúde.

A 'lógica do território' é uma ideia central, norteadora das ações a serem engendradas pelos serviços, de forma intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar em que as ações são elaboradas e realizadas. Neste contexto, os CAPS aparecem como estratégia de organização da rede de cuidados, considerando-se que a realização de parcerias entre serviços de saúde e serviços com a comunidade é vital para operar os cuidados em saúde mental, já que nenhum serviço poderia resolver isoladamente todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território (LIMA; YASUI, 2014).

O conceito de território na PNAS, segundo análise de Lindo (2015), é essencialmente marcado pela ideia de área, concepção tradicional já superada pela geografia brasileira. O território não pode ser restrito a um recorte delimitador de uma área de atuação/abrangência. A ideia de território como sinônimo de área ainda é

utilizada como estratégia funcional para ações de planejamento e intervenção via Estado. Por meio da problematização de aspectos teóricos e metodológicos da incorporação do conceito de território pela PNAS, Lindo (2015) buscou agregar contribuições da geografia brasileira e identificou que o conceito de “território usado” é o que se mostra como referência utilizada na PNAS, embora no texto da referida política pública não haja menção clara à teóricos do conceito. Na prática da política de assistência social, predomina o território como área de abrangência para organizar, instalar e utilizar os serviços socioassistenciais.

A PNAS afirma que a política se constitui na perspectiva socioterritorial, contudo não apresenta o significado ao qual faz referência, nem o que denomina de “grupos territoriais” (LINDO, 2015).

Políticas públicas voltadas para a população idosa também se valem de aspectos variados da noção de território, aproveitando-se do que ocorreu na saúde coletiva (SUS), em que o conceito se torna um princípio organizativo-assistencial importante.

O território tanto quanto o lugar são esquizofrênicos, porque de um lado acolhem os vetores da globalização, que neles se instalam para impor sua nova ordem, e, de outro lado, neles se produz uma contraordem, porque há uma produção acelerada de pobres, excluídos, marginalizados (SANTOS, 2001, p. 114).

Apesar da aparente vinculação a questões de saúde mental, a discussão acerca do território se insere em espaços de tensionamento entre lugar, espaço físico e cultura. Vale notar, ainda, que a variável pode ser lida com auxílio de filósofos franceses (Deleuze, 1989), em que há construções provisórias na berlinda entre o par desterritorialização/reterritorialização.

A perspectiva que se traça nesta pesquisa aponta que

(...) as discussões mais recentes sobre o território incorporam o componente cultural considerando que o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política. (MONKEN *et al.* 2008, p. 5, *apud* LIMA; YASUI, 2014).

Sem que nos percamos em discussões que nos levem a espirais de conhecimento que não agregam no debate das políticas públicas, é perceptível que o chão e a população são parte do território. Mas também é notável o espaço de uso por um dado grupo de pessoas como construção deste conceito (Santos, 2001).

Ademais, como sinaliza Haesbaert (2023) as políticas territoriais, que se pretendem transformadoras, precisam considerar outras perspectivas de mundo. Devem considerar uma concepção de poder e de política em que humanos e outros seres vivos são colocados num mesmo patamar de direitos, pois há uma indissociável interação com as forças da natureza.

Para organizar serviços e ações do Estado para as pessoas que nele vivem é importante notar tanto singularidades quanto estabelecer relações, identificar pertencimentos. Nesse sentido, a perspectiva socioterritorial opera estas conexões e permite intervenções sociais nos municípios. As intervenções públicas se fazem presentes também na política de assistência social.

Ao agir nas capilaridades dos territórios e se confrontar com a dinâmica do real, no campo das informações, essa política inaugura uma outra perspectiva de análise ao tornar visíveis aqueles setores da sociedade brasileira tradicionalmente tidos como invisíveis ou excluídos das estatísticas – população em situação de rua, adolescentes em conflito com a lei, indígenas, quilombolas, idosos, pessoas com deficiência (BRASIL, PNAS, 2004, p. 16).

Pesquisa realizada por Jaccoud (2020) sobre um dos serviços do SUAS, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, PAIF, mostrou que para além das estratégias de acesso às famílias, ação intersetorial e fortalecimento da integração social, é especialmente a dinâmica sociológica dos territórios e suas tensões que interrogam o Serviço.

Neste sentido, as chamadas abordagens decoloniais sobre o território também podem contribuir para concretizar o que prevê a PNAS. Conforme Haesbaert (2023), entre as especificidades da abordagem (decolonial) no contexto geo-histórico latino-americano, há: a) um conceito ampliado de território, como território integral de vida, como encontramos em Milton Santos, incluindo a dimensão natural, importante na ação prático-política de grupos indígenas, por exemplo; b) difusão do conceito como categoria da prática, através de movimentos de luta por terra e território, como povos originários, afrodescendentes, periferias urbanas, sem-terra; c) concepção de corpo-território, presente no movimento feminista de bases indígenas, que pode se estender da defesa do corpo individual ao próprio corpo da terra; d) a noção de multi e transterritorialidade ligada a articulação de múltiplos territórios onde o trânsito entre eles pode ser uma estratégia de sobrevivência; e) a desterritorialização como precarização territorial, vista como fragilização dos territórios, num contexto

econômico neoextrativista e que cria territórios de exclusão ou interditados ao usufruto social.

No passo de reflexão sobre território, também vale uma digressão sobre a questão da população idosa e do espaço a ela socialmente destinado. Trata-se de problematizar o “espaço da memória”. Para isso, nos valem de um texto muito intrigante acerca deste tipo de questionamento noutro contexto, a França.

Discutindo noções como história da atualidade, Sébastien Ledoux (2019) se debruça sobre a construção do conceito, na ciência política, do “lugar da memória”, um assunto que é bastante trabalhado por filósofos e produtores de conhecimento que envolvem a museologia. Mas museus? - perguntaria o leitor. Em França, descreve-se a movimentação do termo “*lieu de mémoire*” desde o governo de F. Mitterrand, por volta de 1981. Através desta categoria, Ledoux (2019) nos encaminha a pensar um pouco sobre os lugares da pessoa idosa e sua cidadania possível.

Para seu debate genealógico, Ledoux (2019) faz uso de rastros acadêmicos e políticos, confrontando-se com P. Nora, outro historiador francês, e sua história do tempo presente. Estudar pegadas do passado no presente serve para inventariar diferentes heranças sociais, inclusive, para refletir sobre lugares oficiais ou particulares dentro da nação¹¹.

É possível, então, problematizar a tensão entre cientificidade (ciência política, por exemplo) e a arte da escrita historiográfica: “sem a reflexão crítica sobre a arte da narrativa não há ciência possível na historiografia” (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2019, p. 16). Notar e poder colocar em questão a própria leitura/(re)escritura da história é algo que marca o “encontro entre a poeira e a poesia”, identificando, então, o quanto de texto (e contexto) se põe na narrativa social. Usar conceitos como mobilizadores do discurso para permitir que se rastreiem mutações e intervenções é uma das estratégias que também nós usamos.

Assim como os sujeitos, as ideias não são inertes ou imutáveis, os conceitos estão sempre em movimento. Desse modo, as possibilidades de raciocínios a partir de determinados conceitos podem constantemente sugerir ou receber novos olhares. Para compreender e exemplificar essas possíveis mutações, o autor nota que a palavra patrimônio remete em sua etimologia a ideia de herança, algo que passa a existir a partir da morte de um patriarca, ao passo

¹¹ Em tradução livre do francês: “Nora propose en effet d’“étudier le poids du passé sur le présent par l’inventaire relatif des différents héritages historiques, selon les types de société contemporaines”. [...] Il s’agit pour lui d’inventorier les “lieux matériels et topographiques, lieux monumentaux et architecturaux, lieux commémoratifs et symboliques, lieux conservatoires et transmissifs, lieux enfin généraux ou officiels et lieux particuliers à telle famille politique ou religieuse de la communauté nationale.” (LEDOUX, 2019, p. 06).

que o termo matrimônio indica o ato e a responsabilidade de gerar uma vida (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2019, p. 151).

Desta maneira, problematizar quem são os destinatários da política de assistência social também auxilia a notar suas variações ao longo de uma temporalidade. Não há unidade conceitual, e sim, complexidade, em que pessoas idosas devem ter acessos distintos das pessoas de outros segmentos etários. Respostas científicas a essas questões sociais, que podem resvalar em debates identitários, são, no mínimo, intrigantes.¹²

A diversidade que configura o território e ao mesmo tempo se particulariza nas experiências vividas e construídas pelos habitantes, afeta o campo de potencialidades e de vulnerabilidades expostas pelas pessoas idosas, no caso aqui em estudo. Neste sentido, a assistência social ao intervir nas situações de risco, de vulnerabilidade e de violação de direitos, considera ao mesmo tempo as orientações nacionais para a execução dos serviços adequando as respostas conforme as particularidades dos territórios.

Outro conceito que cresce na atenção à pessoa idosa é a noção de “cuidado”. Essa categoria nativa do âmbito da saúde, circula não apenas na família, mas também nas instituições de alta complexidade da assistência social.

O cuidado é parte da essência do ser humano e traduz-se a partir de um movimento relacional. Seja a relação da pessoa com seu próprio “eu” ou com outro e para o outro, é ele que confere aos indivíduos a condição de humanidade. Vale ressaltar que, por essa condição, o cuidado é completado pelo outro, isto é, tanto o cuidador quanto o ser cuidado são corresponsáveis por todo o processo. (DAMACENO; LAZARINI; CHIRELLI, 2019, p. 2).

Este texto não pretende se dedicar ao cuidado. No entanto, sabe-se que há fios que se entrelaçam para tecer esta noção, bem como a própria relação da assistência a pessoas idosas.

Tratando do SUAS, os padrões de funcionamento são estabelecidos por meio de diversos documentos, como normas operacionais, tipificações de serviços e orientações técnicas.

Considerando as ações específicas para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, dar-se-á aqui atenção aos serviços da política de assistência social

¹² Em tradução livre do francês: “Il s’agit pour NORA d’adresser une réponse scientifique autant que sociale à la situation qui le préoccupe alors d’une société dans laquelle l’histoire a perdu son apparente unité’ tandis qu’on voit chaque groupe social et chaque communauté partir à la recherche de sa propre mémoire, de sa propre histoire comme partie intégrante de son identité” (LEDOUX, 2019, p. 14).

executados pelos municípios e tipificados nacionalmente (Resolução nº 109/2009, do Conselho Nacional de Assistência Social).

Além dos serviços, a assistência social é constituída por outras ações, como os benefícios e programas, que geralmente integram ou estão articuladas com os serviços. A assistência, pela sua natureza de proteção social, deve estar combinada com outras políticas, de forma complementar. Essa articulação é inerente aos serviços socioassistenciais. Do mesmo modo, a descentralização se faz uma característica marcante para construção da política de assistência social, uma vez que a intervenção é gerida por entes mais próximos da “questão social”, os municípios.

3.2 PROTEÇÃO SOCIAL, VULNERABILIDADE E RISCO SOCIAL

A política de assistência social destina-se a quem dela necessitar. É uma das políticas de proteção social que busca conhecer os riscos, as vulnerabilidades e as possibilidades para enfrentá-los. A análise das situações deve considerar as situações vividas por indivíduos e famílias e os recursos de que dispõem.

Conforme a PNAS, proteção social significa formas institucionalizadas, com princípios reguladores e normas, que a sociedade constitui para proteger pessoas em algumas situações de vida, como a velhice, doenças e privações. A proteção social tem relação com bens materiais e culturais que permitem a sobrevivência e a integração na vida em sociedade.

É possível notar no contexto de elaboração da PNAS, que a população com idade superior a 65 anos se apresenta em torno de 6% do total das cidades, não havendo grandes discrepâncias em relação ao tamanho dos municípios observados. No entanto, um dado intrigante é que 12,1% dessas pessoas idosas fazem parte de família unipessoal, ou seja, residem sozinhas. (Brasil, PNAS, 2004, pp. 23-24). Dados de anos seguintes mostram o aumento da população idosa, composta principalmente por mulheres, bem como do número de pessoas desse segmento etário morando sozinhas. Conforme dados trabalhados por Camarano (2023), em 2020 aproximadamente 17,4% de mulheres idosas moravam sozinhas e cerca de 12,2% de homens idosos residiam sozinhos.

Assim, a proteção social na assistência social significa o reconhecimento da legitimidade das demandas de indivíduos e de famílias.

Constituem público usuário da Política de Assistência Social os cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, de pertencimento e de sociabilidade; situações relacionadas a especificidades dos ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; não acesso às demais políticas públicas; em situação de violência; com inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; com estratégias e alternativas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (PNAS p. 33).

Assim, as expressões vulnerabilidade e risco social são comumente utilizadas na política de assistência social para designar situações vivenciadas por indivíduos e famílias e/ou presentes em realidades coletivas. As expressões são também usadas para demarcar públicos prioritários das intervenções socioassistenciais, bem como os tipos e níveis de proteção necessários.

A PNAS cita e destaca os termos risco e vulnerabilidade. Incentiva a identificação dos riscos e das vulnerabilidades, sem demarcação precisa dos conceitos e sem avaliar os fatores que os produzem (NASCIMENTO; ALMEIDA, 2023).

As noções de vulnerabilidade e de risco são tratadas conjuntamente na assistência social (DIMENSTEIN; NETO, 2020). A vulnerabilidade social pode ser entendida como uma condição de indivíduos e famílias no que se refere aos recursos sociais disponíveis, a inserção no trabalho, o acesso e qualidade dos serviços públicos. A concepção risco aparece revestida de características subjetivas, pois os indivíduos entendem de modo diferenciado as vulnerabilidades que vivenciam e/ou que observam na realidade, o que pode limitar ou potencializar a intervenção. A categoria vulnerabilidade não problematiza as suas causas e as intervenções da assistência social não visam o fim da desigualdade social, que permanece inalterada.

A noção de risco está vinculada à probabilidade de sofrer um dano, definição que, assim como a vulnerabilidade, pode variar dependendo da perspectiva do observador(a) de dada situação. Conforme Vicenday (2005), o risco social se constitui como uma forma de ler a realidade social, conectando-se a formas de gestão social e se configura como um dispositivo de regulação no marco das políticas sociais. Assim, o risco tem caráter instrumental, que busca, a partir de atributos, identificar

destinatários das ações públicas e ao mesmo tempo, perceber comportamentos “de risco” que podem ser modificados mediante intervenções profissionais.

Além das vivências dos usuários, que caracterizam situações de vulnerabilidade e risco, é necessário considerar a situação geográfica, ou seja, as territorialidades que vinculam as populações atendidas (LINDO, 2015).

Na assistência social, a denominada proteção social básica visa prevenir situações de risco, mediante o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, bem como pelo desenvolvimento de aquisições e potencialidades. Já a intitulada proteção social especial visa a proteção e o cuidado de indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco e requerem apoio e soluções protetivas. A proteção social especial se volta para situações de violação de direitos. É desenvolvida com serviços de média complexidade nas situações em que há direitos violados, mas os vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. A proteção social especial de alta complexidade objetiva a proteção integral em situações em que é necessário retirar famílias e indivíduos de seu núcleo familiar e ou comunitário, por estarem sem referência ou em situação de ameaça.

A política de assistência social concentra relevante discricionariedade nos implementadores frente à entrega dos serviços. Os implementadores, especialmente os que operam no nível de rua, interpretam e traduzem as normativas em ação. São os agentes de ponta que redefinem as regras, elaboram novos sentidos para os serviços e redefinem a oferta (BRONZO; REZENDE COSTA; GUIMARÃES, 2022). Os fatores institucionais, bem como valores e princípios dos agentes governamentais, produzem em contextos semelhantes diferentes traduções das normativas no trato das realidades observadas. Assim, valores e princípios dos agentes institucionais condicionam de forma determinante a provisão da política pública. Nas atividades realizadas na política de assistência social convivem perspectivas voltadas à garantia de direitos sociais e perspectivas conservadoras baseadas em estereótipos (PEREIRA, 2020).

Em relação às pessoas idosas, consta na Lei nº. 10.741/2003 (Estatuto da Pessoa Idosa - EPI) a regra geral protetiva: “nenhuma pessoa idosa será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atendido aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (art. 4º). Constan também medidas de proteção (art. 45), sanções administrativas (art. 56

a 58) e quais ações são consideradas crimes contra os direitos da pessoa idosa (art. 96 a 108).

A “situação de risco” em relação à pessoa idosa é definida no Estatuto da Pessoa Idosa como a ameaça ou violação de direitos. O risco pode ser configurado por ação ou omissão da sociedade, do Estado, da família, do curador, da entidade de atendimento, pela condição pessoal (art. 43).

A proteção e o cuidado à pessoa idosa é uma demanda política e social. Segundo Minayo e Almeida (2016), a proteção depende de uma rede socioassistencial consistente em estruturas e serviços diversificados que possam atender às especificidades da condição de risco. É preciso que setores como a assistência social e a saúde deem respostas, mas também que sejam criados mecanismos de proteção coletiva, o que envolve outras áreas, como transporte e moradia.

Na obra “Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?”, publicada em 2004, Camarano e outros autores lembram que não são todas as pessoas que, com aumento da idade, têm altos graus de vulnerabilidade e dependência de cuidados. O processo de envelhecimento é diferenciado por sexo, grupo social, cor/raça, localização geográfica. As condições de vida dependem das capacidades com que os indivíduos nasceram (básicas), das capacidades adquiridas e da relação dessas capacidades com as facilidades e dificuldades criadas pelo ambiente, políticas públicas ou outros meios.

Em outra elaboração, intitulada “Os idosos brasileiros: muito além dos 60?”, Camarano (2023) novamente lembra da necessidade de considerar diferentes componentes nas análises sobre o envelhecimento. Um dos elementos a ser considerado é o gênero. Mulheres vivem mais anos em comparação aos homens, contudo, sofrem mais de doenças crônicas diagnosticadas, o que gera maior debilitação física e as torna mais dependentes de cuidado. Estudo de Romero e Maia (2023) revela que a população feminina de 60 anos ou mais responde por 20,3% dos gastos com medicamentos das famílias, ao passo que para os homens, da mesma idade, os gastos são de 14,4%. No Brasil, as mulheres tendem a utilizar mais os serviços ambulatoriais e preventivos; os homens, a usar os serviços curativos. Assim, os homens utilizam com menor frequência os serviços de saúde e, quando o fazem, doenças podem estar em estágio mais avançado, o que explica no comparativo de gênero a maior ou igual mortalidade por doenças crônicas (ROMERO; MAIA, 2023).

Tradicionalmente o cuidado é atribuído às mulheres e são elas que na velhice têm maior necessidade de serem cuidadas, o que se dá em contexto de famílias cada vez menores e menos disponíveis para cuidar. As mulheres têm maior probabilidade de ficarem viúvas, de viverem sozinhas, com dependência e em situação socioeconômica desvantajosa (CAMARANO, 2023).

Além disso, com base em estudo realizado por Passos e Machado (2021), pode-se reafirmar que as condições desiguais de classe social mostram que as mulheres com recursos financeiros suavizam a desigualdade da divisão sexual do trabalho, pois acessam no mercado os serviços de cuidado, contratando empregadas domésticas, diaristas, cuidado domiciliar privado ou casas de acolhimento privadas, dentre outras formas. As mulheres de classe média e alta delegam a outras mulheres o cuidado.

Ainda de acordo com Passos e Machado (2021), o emprego doméstico segue no Brasil como ocupação tipicamente feminina. Em 2019, havia 14,5% de mulheres nessa condição, ao passo que esse tipo de emprego masculino era de 1%. Há outro aspecto a ser considerado: o emprego feminino de mulheres negras, que em 2018, foi de 8,7% pontos percentuais maior do que o de mulheres brancas.

A desigualdade racial se revela também no envelhecimento e no tempo de sobrevivência. Com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, de 2019, Romero e Maia (2023) mostram que as populações negra e indígena vivem menos tempo. A idade média de morte dos indígenas sequer alcança a faixa etária dos quinquagenários, sendo 46,3 anos, e é 28,3 anos menor que a dos amarelos, que têm idade média à morte de 74,6 anos; é 23,2 anos menor que a dos brancos, que em 2019 tem idade média à morte de 69,5 anos. Negros (declarados pretos e pardos) tem idade média à morte de 61,4 anos, ou seja, morreram em média 8,1 anos antes do que a população branca e 13,2 anos antes do que a população amarela.

O envelhecimento saudável depende de um resgate e aprofundamento da seguridade social, com ações que garantam condições de vida digna (ROMERO; MAIA, 2023). Nesse sentido, desenvolvimento econômico, envelhecimento populacional e condições de vida da população idosa devem ser reconhecidos como processos relacionados. O envelhecimento com qualidade de vida tem relação com a qualidade de vida da sociedade como um todo.

Diante disso, é que vulnerabilidade e risco não podem ser categorias restritas para expressar características individuais das pessoas idosas e de suas famílias, de forma descolada das desigualdades estruturais que configuram a sociedade brasileira.

É evidente que para a maioria da população brasileira, que depende do trabalho para a sobrevivência, as relações de trabalho não formalizadas e sem algum grau de proteção, por exemplo, afetam as possibilidades de recursos financeiros presentes e futuros. Ademais, as reformas que trazem perdas para os trabalhadores e trabalhadoras afetam suas aposentadorias. Ainda tratando-se de seguridade social, as necessidades da vida que não são atendidas afetam as condições de saúde da população e acarretam a formação de população adulta e idosa com altos níveis de doenças crônicas e de baixa autonomia.

As políticas para pessoas idosas devem ser capazes de aumentar o bem-estar da população como um todo e considerar os marcadores desiguais de classe social, gênero, étnico-racial. Atender os que buscam o envelhecimento ativo e também os que estão em situação de vulnerabilidade. Além disso, atender as pessoas adultas que exercem o cuidado. Sigamos a análise e vejamos à frente do que tratam os serviços socioassistenciais e elementos da sua execução no período de 2012 até 2022.

3.3 ASPECTOS DA CONJUNTURA NACIONAL E DO ESTADO DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2012 ATÉ 2022

Conforme esclarecido na introdução desta tese, elegeu-se o período de 2012 até 2022 para pesquisa de dados do Censo SUAS. Na análise, vale considerar situações presentes na dinâmica social, política e econômica, que possivelmente afetaram a concretização da política de assistência social. Nesse sentido, antes de adentrar nas especificidades dos serviços e nos dados do Censo SUAS, serão pontuados alguns dos aspectos da conjuntura brasileira e do estado de Santa Catarina.

No que se refere à condução política do Poder Executivo, entre os anos de 2012 e 2022, o Brasil teve três diferentes presidentes da República: 1) Dilma Rousseff (01/01/2011 até 31/08/2016), do Partido dos Trabalhadores; 2) Michel Temer (31/08/2016 até 01/01/2019), do Movimento Democrático Brasileiro e que foi vice-

presidente de Dilma Rousseff; 3) Jair Bolsonaro (01/01/2019 até 01/01/2023), eleito pelo Partido Social Liberal e que findou o mandato no Partido Liberal.

No mesmo período, o estado de Santa Catarina foi governado por: Raimundo Colombo (01/01/2011 até 05/04/2018), eleito por dois mandatos, sendo no primeiro pelo Partido Democratas e no segundo mandato pelo Partido Social Democrático; Eduardo Moreira (05/04/2018 até 01/01/2019), vice-governador de Raimundo Colombo, que assumiu o cargo de governador; Carlos Moisés (01/01/2019 até 01/01/2023), do Partido Social Liberal.

A coordenação federativa da política de assistência social se mostra diferente conforme a condução política. Conforme Papi e Joner (2021), o processo de coordenação federal de políticas públicas depende das agendas de governo dos presidentes, que escolhem o que priorizar. Os governos locais não têm como evitar que a União limite repasses, por exemplo. Ademais, a assistência social, não tem mínimos constitucionais a serem aplicados e o orçamento depende do lugar que a assistência social ocupa na agenda dos governos.

Assim, no governo Dilma Rousseff, a assistência social esteve na agenda governamental e com coordenação nacional, de forma semelhante aos governos anteriores do mesmo partido. Isso contribuiu para avançar na profissionalização das ações e na padronização de serviços socioassistenciais.

No entanto, desde o afastamento da presidente em 2016, com a presidência assumida pelo até então vice-presidente Michel Temer, a assistência social foi afetada pela priorização de ações focalizadas, como a criação do Programa Criança Feliz. Para a realização das ações focalizadas, são retirados recursos de serviços socioassistenciais, ou seja, não se trata de uma ampliação da assistência social, e sim da invenção de ações temporárias e muitas vezes sobrepostas às previstas para serviços socioassistenciais. Além disso, no governo Temer foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional chamada “PEC 95”, que congelou por vinte anos os gastos com políticas sociais.

No governo posterior, do presidente Jair Bolsonaro, outras ações de Reforma do Estado foram realizadas, por meio de novas PECs com redução de políticas sociais. A redução de recursos de cofinanciamento impactou os municípios na continuidade dos serviços. Nessa seara, o presidente também se amparou no bordão “mais Brasil, menos Brasília”, na perspectiva de retirar a União de processos de

coordenação e responsabilizar estados e municípios pelas políticas públicas (PAPI; JONER, 2021). Ademais, o Ministério do Desenvolvimento Social foi transformado em Ministério da Cidadania, com mais de vinte áreas, como a de cultura e esporte, política antidrogas. Houve frequentes trocas de ministros, impactando diretamente na responsabilidade de coordenação nacional da política social.

No que se refere ao papel dos estados na política de assistência social, Souza (2018) afirma que é pequeno, pois há pouca operacionalização e participação, tanto na execução como no financiamento. Em sua pesquisa, Souza (2018) afirma que os recursos para a assistência e os burocratas estaduais têm papel coadjuvante na política, visto que a assistência social é regulamentada pelo governo federal e executada pelos municípios. A maior parte dos recursos é repassada pelo governo federal aos municípios. Os estados geralmente assumem papel auxiliar, na busca de alternativas para que os municípios deem conta de suas funções na política de assistência social.

Em todas as esferas governamentais, a assistência social depende de alinhamento político para ser executada. Estudo realizado por Sátyro, Cunha e Campos (2016), com base na taxa de execução financeira dos recursos federais, utilizando dados do período de 2010 até 2014, constatou que a taxa de execução é maior em regiões com maiores indicadores de pobreza, como o Nordeste, o que pode ser pela maior demanda, que leva os municípios a utilizarem ao máximo os recursos federais. O mesmo estudo identificou que em Santa Catarina predominou a baixa execução, bem como o estado teve maior proporção de municípios que declararam recursos humanos insuficientes ou regulares, o que pode estar relacionado com o que é considerado razoável priorizar. Os autores do referido estudo também levantam dúvidas se os dados consultados são fiéis à realidade, uma vez que parte dos municípios informam alta execução e poucos servidores, por exemplo, o que traz dúvidas sobre capacidade de execução da política da forma como é prevista.

Pesquisa desenvolvida por Mariucci e Cario (2020), através de informações do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), relativas ao ano de 2018, em Santa Catarina, identificou as regiões do Oeste, Planalto Norte e Serra Catarinense como as com maiores índices de vulnerabilidade. Os dados revelaram que nessas regiões, há expressivo número de pessoas com nível de renda baixo, nível baixo de

escolaridade, em trabalhos temporários e sem vínculos formais, além de residentes em domicílios com limitada infraestrutura básica.

O estado de Santa Catarina é formado por duzentos e noventa e cinco municípios. Conforme dados do Censo 2022, organizados por classes de tamanho populacional (IBGE, 2023), em maior quantidade estão os municípios com população de até cinco mil habitantes.

Quadro 2 - Número de municípios catarinenses por classes de tamanho populacional

Classes de tamanho populacional dos municípios	Número de municípios catarinenses
Mais de 500 mil habitantes	2
De 100 mil a 500 mil habitantes	12
De 50 mil a 100 mil habitantes	18
De 20 mil a 50 mil habitantes	40
De 10 mil a 20 mil habitantes	61
De 5 mil a 10 mil habitantes	60
Menos de 5 mil habitantes	102

Fonte: elaborado pela autora (2025), com base em IBGE (2023¹³).

A predominância de pequenos municípios também se mostra quando se observam os dados relativos a todo o território nacional. Em 2022, quando realizado o Censo, o Brasil era constituído por 5568 municípios, 5 deles criados após o Censo anterior, de 2010. Os dados do IBGE (2023) incluem o Distrito Federal e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, o que totaliza 5.570 unidades. Vejamos essas quantidades por classes de tamanho populacional.

Quadro 3 - Número de municípios brasileiros por classes de tamanho populacional

Classes de tamanho populacional dos municípios	Número de municípios brasileiros
Mais de 500 mil habitantes	41

¹³ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/37734-relacao-da-populacao-dos-municipios-para-publicacao-no-tcu.html>

De 100 mil a 500 mil habitantes	278
De 50 mil a 100 mil habitantes	337
De 20 mil a 50 mil habitantes	1054
De 10 mil a 20 mil habitantes	1365
De 5 mil a 10 mil habitantes	1171
Menos de 5 mil habitantes	1324

Fonte: elaborado pela autora (2025), com base em IBGE (2023) ¹⁴.

Em normativas da assistência social, como as orientações técnicas sobre serviços socioassistenciais, encontra-se a seguinte classificação dos municípios: pequeno porte I, municípios com até 20.000 habitantes; pequeno porte II, municípios de 20.001 até 50.000 habitantes; médio porte, municípios com 50.001 até 100.000 habitantes; grande porte, municípios de 101.000 até 900.000 habitantes; metrópoles, municípios com mais de 900,001 habitantes.

Utilizando a referida classificação presente em documentos da assistência social, constata-se que no Brasil, em 2022, dos 5570 municípios, 4915 são de pequeno porte (3860 de pequeno porte I e 1054, de pequeno porte II), pois tem até cinquenta mil habitantes. Em Santa Catarina, dos 295 municípios, 263 são de pequeno porte, dos quais 223 são de pequeno porte I e 40 de pequeno porte II. Essa classificação por porte é utilizada na assistência social para definir a implantação de serviços socioassistenciais, especialmente os que são de média e alta complexidade, o que será retomado no próximo capítulo desta tese.

A classificação utilizada no Censo do IBGE de 2022, mostra de modo mais detalhado a realidade da configuração dos municípios brasileiros, visto que há número expressivo de municípios com menos de 5 mil habitantes. Na classificação da assistência social, que considera como menor parte os municípios até vinte mil habitantes, a existência de minúsculos municípios pode ficar encoberta.

De modo geral, a realidade de pequenos municípios, especialmente com menos de cinco mil habitantes, é de dependência de repasses da União, pois têm baixa arrecadação de impostos. As leis de transferência de repasses, principalmente

¹⁴ Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102011.pdf>

do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)¹⁵ incentivaram a criação de novos municípios, no entanto o que predomina em pequenos municípios é a falta de condições de atender demandas da população (RODRIGUES, et. al., 2019).

Ainda no que diz respeito à conjuntura dos anos 2012-2022, a pandemia do novo coronavírus, iniciada em março de 2020, acentuou as desigualdades sociais. Conforme pesquisa por amostragem, realizada por Romero *et al.* (2021), houve diminuição da renda em quase metade dos domicílios de pessoas idosas. Grande parte das pessoas idosas apresentou comorbidades e maior risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19. A pandemia coincidiu com o envelhecimento populacional, considerado o principal evento demográfico do século XXI nos níveis mundial e nacional (ROMERO, *et al.* 2021).

A taxa de envelhecimento, isto é, a razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total, em 2012 era de 7,71 e em 2021, de 10,15. Em Santa Catarina, no ano de 2012 era de 7,24 e em 2021, de 10,07 (Atlas do Desenvolvimento Humano¹⁶, com base em dados da PNAD). Conforme dados do IBGE (2022), em 2022, no Brasil, as pessoas idosas representaram 15,8% da população total, indicando crescimento de 46,6% em relação ao Censo Demográfico de 2010, quando representavam 10,8% da população. As regiões sudeste e sul são as que apresentam maiores proporções de pessoas idosas.

O envelhecimento da população é notado quando os grupos mais jovens representam menores proporções da população total. No tratamento de dados do Censo de 2022, o IBGE (2022) utilizou no índice de envelhecimento, o parâmetro de 60 anos e mais de idade para relacionar com a população de 0 a 14 anos. No índice de envelhecimento, quanto maior o valor, mais envelhecida é a população. No Brasil, em 2022, o índice de envelhecimento chegou a 80, indicando que há 80 pessoas idosas para cada 100 pessoas de 0 a 14 anos. Em 2010, o índice correspondia a 44,8.

Outro dado necessário, tratando principalmente de política pública com execução municipal, é que o Censo de 2022 constatou que o maior índice de envelhecimento no Brasil está no conjunto de municípios com até 5 mil habitantes,

¹⁵ Informações sobre o FPM, podem ser encontradas em: https://cdn.tesouro.gov.br/sistemas-internos/apex/producao/sistemas/thot/arquivos/publicacoes/28549_909191/anexos/6370_978491/Carta%20FPM.pdf?v=484 e atualizadas em: <https://www.gov.br/tesouronacional/pt-br/estados-e-municipios/transferencias-a-estados-e-municipios/transferencias-constitucionais-e-legais>

¹⁶ Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha> Acesso em fevereiro de 2025.

onde há 107 pessoas idosas para cada 100 pessoas de 0 a 14 anos. Essa configuração decorre, em parte, do deslocamento de pessoas adultas, em idade reprodutiva, com crianças, para cidades maiores. Em Santa Catarina, o índice de envelhecimento, em 2022, foi de 83,2 (IBGE, 2022). Esses dados levantam outras questões: quem cuida e/ou cuidará das pessoas idosas nesses municípios? O enfoque familista das políticas públicas é coerente, com a realidade de famílias cada vez menores, residindo em cidades maiores? Como concretizar a proteção a pessoas idosas na família, como ente principal, que tem múltiplas situações que compõem o cotidiano, marcado por vulnerabilidade ou risco social? A vulnerabilidade e o risco não são determinados exclusivamente por questões financeiras, contudo é fato que limitações materiais restringem o campo de possibilidades de oferta de proteção.

No que se refere a condições de vida sob o viés da subsistência, constata-se que em Santa Catarina, a pobreza aumentou, especialmente nos anos de 2020 a 2021. O aumento é ainda mais expressivo quando comparado aos dados de 2010. As informações têm como referência a renda domiciliar per capita, em reais, de agosto de 2010. As linhas da pobreza foram assim definidas, em elaboração feita por PNUD, IPEA e Fundação João Pinheiro (Atlas do Desenvolvimento Humano): extremamente pobres, com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$ 70,00; pobres, com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$ 140,00; vulneráveis à pobreza, com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$ 255,00.

Quadro 4 - Pobreza em Santa Catarina - 2010, 2020, 2021.

Pobreza	2010	2020	2021
% de extremamente pobres	1,01	1,65	1,94
% de pobres	3,65	2,97	4,03
% de vulneráveis à pobreza	12,36	8,220	9,940

Fonte: Elaborado pela autora (2025) com base em dados presentes no Atlas do Desenvolvimento Humano¹⁷.

Os dados demonstram que em relação aos extremamente pobres, houve crescimento do percentual. A proporção de pobres e de vulneráveis à pobreza, teve

¹⁷ Disponíveis em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/uf/42#sec-vulnerabilidade>

redução significativa entre os anos 2010 e 2020, voltando a aumentar entre 2020 e 2021. Para a redução entre 2010 e 2020 pode ter contribuído alguma melhoria da renda por meio de ações do SUAS, como benefício de transferência de renda e ou providências para acesso ao trabalho. Entre 2020 e 2021, o aumento da pobreza tem relação com a conjuntura da pandemia do novo coronavírus - Covid 19, com limitações para o exercício do trabalho e mortes de população adulta e idosa que tinha rendimentos, somada à redução de gastos com políticas sociais.

Além disso, o estado de Santa Catarina teve queda no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que é calculado a partir de indicadores das dimensões: renda, educação e longevidade. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) é um número que varia entre 0,000 e 1,000. Quanto mais próximo de 1,000, maior é o desenvolvimento de uma localidade. Assim, de 0,000 até 0,499 é categorizado como muito baixo; de 0,500 até 0,599 é definido como baixo; de 0,600 até 0,699 é classificado como médio; de 0,700 até 0,799 é considerado alto; e de 0,800 até 1,000, categorizado como muito alto.

Conforme dados do Atlas de Desenvolvimento Humano, o IDHM do estado de Santa Catarina diminuiu 4,29% entre os anos de 2019 (IDHM 0,826) e de 2021 (IDHM 0,792). Com isso, deixou a faixa de classificação do IDHM “muito alto” para IDHM “alto”. O IDHM do Brasil, em 2021 foi de 0,766 e está na faixa do IDHM “alto”.

Quadro 5 - Posição de Santa Catarina no ranking nacional do IDHM, por ano

IDHM	2010	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Posição IDHM	3º (0.774)	3º (0.814)	3º (0.817)	3º (0.819)	3º (0.826)	3º (0.829)	3º (0.792)
Posição IDHM Renda	4º (0.773)	4º (0.763)	4º (0.772)	5º (0.772)	5º (0.776)	5º (0.763)	4º (0.759)
Posição IDHM Educação	3º (0.697)	3º (0.785)	3º (0.778)	4º (0.780)	3º (0.794)	4º (0.790)	3º (0.790)
Posição IDHM Longevidade	2º (0.860)	1º (0.902)	1º (0.907)	1º (0.912)	1º (0.916)	3º (0.858)	3º (0.827)

Fonte: elaborado pela autora (2025), com base em dados do Atlas Brasil¹⁸

O IDHM do estado de Santa Catarina teve crescimento significativo entre os anos 2010 e 2020, seguido de queda em 2021. Verifica-se que entre 2010 e 2020, a dimensão renda e longevidade, foram as mais afetadas na redução. O IDHM Longevidade teve significativa queda no período da pandemia. Em 2010, a esperança de vida ao nascer era de 76,61, com queda para 74,60 em 2021. No mesmo período, a mortalidade infantil passou de 11,07 para 11,42.

Ainda em relação ao estado de Santa Catarina, a Federação de Consórcios, Associações de Municípios e Municípios de Santa Catarina (FECAM) elaborou o Índice de Desenvolvimento Sustentável dos Municípios Catarinenses (IDMS)¹⁹. Os dados disponíveis são do ano 2016 e apresentam a seguinte pontuação para cada uma das dimensões que compõem o IDMS: sociocultural - 0,723; econômica - 0,572; ambiental - 0,480; político-institucional - 0,669. A média dos índices dos municípios catarinenses foi de 0,608.

Assim, identificaram-se algumas questões que configuram a realidade brasileira e, como recorte, o estado de Santa Catarina. Constata-se que há caminho a ser percorrido em diversas áreas. Aqui segue a análise com enfoque no atendimento às pessoas idosas por meio dos serviços socioassistenciais.

¹⁸ Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking> Acesso em janeiro de 2025.

¹⁹ Dados disponíveis em: <https://indicadores.fecam.org.br/indice/estadual/ano/2016> Acesso em janeiro de 2025.

4 O ATENDIMENTO A PESSOAS IDOSAS NOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

“A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
(...) Pois ser eternamente adolescente nada é mais *démodé*
Com uns ralos fios de cabelo sobre a testa que não para de crescer
Não sei por que essa gente vira a cara pro presente e esquece de aprender
Que felizmente ou infelizmente sempre o tempo vai correr”
(Arnaldo Antunes. Envelhecer).

Os serviços socioassistenciais, assim como as demais ações do SUAS, são organizados por níveis de atenção, conforme a complexidade das situações. Os níveis de atenção hierarquizam a proteção social como básica e especial

A denominada Proteção Social Básica (PSB) tem como objetivo prevenir situações de risco, por meio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e do desenvolvimento de potencialidades. São três os serviços socioassistenciais pertencentes à PSB: 1) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); 2) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); 3) Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas (PSB no Domicílio).

No conjunto dos serviços socioassistenciais é possível encontrar formas de atendimento às pessoas idosas. No entanto, no que se refere à produção acadêmica acerca da atuação dos serviços socioassistenciais e a população idosa, são raras as elaborações. É mais fácil localizar raciocínios que envolvem o modelo biomédico do cuidado do que, propriamente, uma atenção integral, que envolva o bem-estar da pessoa idosa, considerando os aspectos sociais.

O movimento de ruptura e rejeição ao modelo biomédico, e consequentemente ao paradigma cartesiano, faz-se necessário, pleiteando relações entre o binômio cuidador-ser cuidado mais próximas, (re)significando o pensar/fazer cuidado no sentido da integralidade. [...] Contudo, os impactos econômicos sociais do processo de envelhecimento populacional acelerado no país, a escassez de serviços especializados na assistência a essa população, a falta de preparo e capacidade das famílias em lidar com as modificações do processo de senescência, o crescimento das taxas de idosos em idades mais avançadas e envelhecendo sozinhas têm aumentado exponencialmente a demanda por cuidados formais de longa duração. (DAMACENO; LAZARINI; CHIRELLI, 2019, p. 2).

Independentemente das críticas que se podem fazer às práticas, no caminho de um breve mapeamento, a partir de dados públicos, veiculados por meio do Censo SUAS, identifica-se um campo de debates e reflexões, inclusive a ideia de uma “sociologia da quantificação”. Com essa ferramenta de quantificação, de preenchimento obrigatório pelos serviços da assistência social, algumas situações podem ser apontadas e tensionadas para produção de novos conhecimentos.

[...] as estatísticas importam não como método ou disciplina científica, mas como objetos culturais, artefatos que resultam de práticas sociais de classificação, registro e comparação de diferentes dimensões da realidade, desenvolvidas por instituições públicas e privadas. (CAMARGO; LIMA; HIRATA, 2021).

As estatísticas e outros dados computáveis há tempos ultrapassam o uso exclusivamente técnico-burocrático, importando para intervenções sócio-gerenciais que envolvem o Estado de bem-estar social. Nesse viés, é que será aqui tratada a denominada proteção social, por meio dos seus níveis de complexidade e dos serviços socioassistenciais.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) é executado de forma direta e exclusiva pelos municípios, com equipes próprias. Geralmente é ofertado no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), que é uma unidade pública, com referência territorializada, e em menor proporção realizado por equipe na sede do órgão gestor. Todos os municípios brasileiros devem ofertar esse serviço de proteção social básica. Além disso, ao PAIF devem estar referenciados o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas (PSB no Domicílio), que podem ser executados por entidades socioassistenciais. Os municípios não têm obrigatoriedade da oferta do SCFV e do PSB no Domicílio, que podem ser instituídos por meio de diagnóstico socioterritorial das necessidades.

4.1 SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA (PAIF)

Neste estudo não serão analisados dados do Censo SUAS sobre a execução do PAIF, pois esse serviço atende indivíduos e famílias sem segmentar por idades, por exemplo. Optou-se por tratar dados de serviços que têm ações destinadas à pessoas idosas. Além de o PAIF ter, enquanto serviço, dimensões abrangentes, enfoque na família como um todo, os questionários do Censo SUAS relacionados com

esse serviço indagam sobre equipe e estruturas de funcionamento e, pontualmente, sobre algumas situações, que não estão relacionadas com o tema aqui estudado. No entanto, considerando que ao PAIF, devem estar referenciados os outros serviços da proteção social básica, são trazidos aqui os seus principais aspectos.

Conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009), o PAIF é de caráter continuado, para fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de vínculos e possibilitar o acesso a direitos.

Ainda, segundo a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009), o PAIF tem como usuários “famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade e/ou qualquer outra situação de vulnerabilidade e risco social nos territórios de abrangência dos CRAS. Isso inclui “pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social”.

O trabalho essencial do PAIF se desenvolve por meio de:

acolhida; estudo social; visita domiciliar; orientação e encaminhamentos; grupos de famílias; acompanhamento familiar; atividades comunitárias; campanhas socioeducativas; informação, comunicação e defesa de direitos; promoção ao acesso à documentação pessoal; mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio; desenvolvimento do convívio familiar e comunitário; mobilização para a cidadania; conhecimento do território; cadastramento socioeconômico; elaboração de relatórios e/ou prontuários; notificação da ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social; busca ativa (Tipificação Nacional, 2009, p.13).

Jaccoud (2020) construiu a hipótese de que o PAIF se adapta às características dos territórios e molda traços diferenciais na oferta do Serviço. Com isso, a referida pesquisadora identificou quatro tipos de território a partir da forma como as vulnerabilidades se apresentam e que interferem na concretização dos serviços. É possível estender a análise e afirmar que as constatações de Jaccoud auxiliam na compreensão também de outros serviços públicos.

Os quatro tipos de territórios identificados por Jaccoud (2020), são: a) territórios de ocupação antiga. A estrutura urbana e os moradores se instalaram há várias décadas, há relações de vizinhança e as vulnerabilidades estão ligadas a desemprego e conflitos familiares. Nesses territórios não são bem aceitas as atividades coletivas. O PAIF se realiza principalmente como acompanhamento familiar e com viés de mudanças de comportamentos; b) territórios de alta densidade populacional. Situados em periferias pouco consolidadas e com precariedade de infraestrutura urbana e de acesso a serviços públicos. O PAIF se realiza por meio de acesso a benefícios e

necessidade de integração com outras políticas, o que geralmente se dá sem retaguarda. Atividades coletivas desenvolvidas no CRAS por meio do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos se mostram atrativas, em decorrência da ausência de outras ofertas sociais e culturais no território; c) territórios de alta vulnerabilidade social. Localizados em áreas próximas a lixões ou em áreas de ocupação recente. São áreas sem qualquer estrutura urbana, com risco para enchentes e epidemias, com altos índices de insuficiência alimentar e uso de drogas. O PAIF assume principalmente características de atendimento, de acesso a benefícios e a outros serviços. Os usuários geralmente têm resistência às atividades coletivas e ou individuais do PAIF; d) territórios em áreas centrais ou não configuradas como periferias urbanas. São territórios de fácil acesso às áreas centrais ou urbanizadas da cidade. Os moradores desses territórios geralmente têm conhecimento sobre regras e procedimentos para acesso a benefícios na assistência social. Com isso, nos territórios de áreas centrais, o CRAS é procurado para apoiar demandas dirigidas a outros serviços, principalmente com solicitação de oferta de opções para adolescentes e jovens, nas áreas de esporte, cultura ou formação profissional. Demandas que o PAIF geralmente não consegue mobilizar com as outras políticas públicas.

Estudo realizado por Teixeira (2016) assegura que, na prática, o trabalho do CRAS por meio do PAIF se mostra individualizado, com pouca efetividade em oferecer soluções a partir do serviço. A individualização mostra um serviço cartorial, como um balcão de encaminhamentos para a rede.

Neste sentido, para desenvolver potencialidades, as estratégias socioeducativas do trabalho social implicam em diálogo entre trabalhador da assistência social e usuário (a) da assistência social. Nisso, ainda é preciso superar dificuldades históricas, como as seguintes: relações dentro da assistência social marcadas pela tutela; posições passivas de usuários; profissional da assistência não se reconhecer como agente social e político e em constante aprendizado (SILVA, 2019).

Para fortalecer os vínculos familiares, o PAIF pressupõe parceria com a família, no que preserva uma visão idílica, que considera a família como fonte de proteção, cuidado, amor, sem considerar suas contradições e ambiguidades (LIMA DE CARVALHO; TEIXEIRA, 2021).

Estudo qualitativo realizado em Porto Alegre/RS, por Pizzinato *et al.* (2018), sobre redes de apoio, mostrou que a noção de rede familiar precisa ser ampliada pelos profissionais, pois comumente consideram o núcleo familiar e a família de origem para efetivar a proteção social. O estudo sinalizou que falta aos profissionais incluir as possibilidades que os usuários apresentam em suas narrativas, em que se referem a pessoas da família extensa e de instituições religiosas, por exemplo.

As Orientações Técnicas sobre o PAIF (2012) enfatizam a centralidade na família, com concepção familista da proteção social e metodologias que visam fortalecer as funções protetivas da família. Essa perspectiva está presente também nos demais serviços da proteção social básica. Ademais, para a concretização do trabalho social com famílias, as ações não devem se sobrepor a atividades de outras políticas públicas, por isso também se instaura a dinâmica do encaminhamento para outras políticas públicas. As ações do PAIF devem ser estabelecidas com a família por meio da construção de plano de acompanhamento familiar.

4.2 SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS (SCFV)

No que se refere ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), uma das suas principais características é a realização por meio de atividades coletivas, em grupos, com enfoques específicos para cada faixa etária e com possibilidade de atividades intergeracionais.

As atividades do SCFV para pessoas idosas têm como foco contribuir “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” (CNAS, 2009).

No que diz respeito às pessoas idosas, em situação de vulnerabilidade, devem ser incluídas no SCFV especialmente as beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada; as de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda; as pessoas idosas com vivências de isolamento social por ausência de acesso a serviços e a oportunidades de convívio familiar e comunitário e cujas necessidades, interesses e disponibilidade indiquem a inclusão no serviço (CNAS, 2009).

Estudo publicado por Corrêa *et al.* (2024), realizado com grupo do SCFV em Florianópolis, afirma que pessoas idosas participantes consideraram o referido serviço

como um espaço de encontro e de acolhida. Ademais, no SCFV se sentem reconhecidas como sujeitos, há processos de reflexão e de conhecimento sobre direitos, bem como quem participa recebe orientação para situações que vivencia, o que promove “movimento de recriação da existência singular e coletiva”.

O trabalho essencial do SCFV deve ser de “acolhida; orientação e encaminhamentos; grupos de convívio e fortalecimento de vínculos; informação, comunicação e defesa de direitos; fortalecimento da função protetiva da família; mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio; informação; banco de dados de usuários e organizações; elaboração de relatórios e/ou prontuários; desenvolvimento do convívio familiar e comunitário; mobilização para a cidadania” (CNAS, 2009).

Além do serviço ser uma oportunidade de contato social, de propiciar laços afetivos e de estabelecer uma rotina, isto é, ter motivo para sair regularmente e evitar o isolamento social, a existência de espaços coletivos pode estimular uma rede de comunicação em torno do cuidado da pessoa idosa (MOURA; VERAS, 2017).

Para analisar se o SCFV foi instituído nos municípios brasileiros e, de modo particular, nos situados no estado de Santa Catarina, buscou-se dados do Censo SUAS no período de 2012 a 2022.

Nos anos 2012, 2013 e 2014 foi localizada pergunta no questionário “Gestão municipal” sobre a Unidade em que é ofertado o serviço para pessoas idosas. A pergunta permite mais de uma alternativa como resposta. No entanto, por meio da seleção “não realiza” o serviço, é possível quantificar os municípios que ofertaram o SCFV nos referidos anos.

Nos anos seguintes, não constaram perguntas sobre o SCFV no questionário Gestão Municipal e foram garimpados em outros questionários do Censo SUAS. Verificou-se que as perguntas foram formuladas de modo diferente nos demais anos. Com isso, em relação ao SCFV optou-se por desmembrar os dados em dois períodos. Assim, primeiramente serão abordados os dados dos anos 2012, 2013 e 2014 que informam a oferta do SCFV em âmbito nacional.

Quadro 6 - Oferta do SCFV, nos municípios brasileiros, por ano

Unidade em que é	2012	2013	2014
------------------	------	------	------

ofertado o SCFV para pessoas idosas			
Unidades respondentes	5315 unidades	5442 unidades	5520 unidades
Na sede do órgão gestor	452 unidades	342 unidades	249 unidades
No CRAS	3824 unidades	3944 unidades	4017 unidades
Em outra unidade pública	1612 unidades	1878 unidades	2144 unidades
Em entidade conveniada	531 unidades	565 unidades	527 unidades
Não realiza	234 unidades	200 unidades	190 unidades

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Gestão Municipal²⁰.

As informações do período 2012-2014 mostram que nos referidos três anos houve paulatino crescimento do número de unidades que responderam ao Censo. Assinala-se que também houve aumento da oferta do SCFV. Outro dado importante é a prevalência da oferta do SCFV no CRAS e em outras unidades públicas. Nota-se que no decorrer do período houve redução da oferta na sede do órgão gestor, do que se pode inferir que essa mudança tem relação com a ampliação da assistência enquanto política pública, por meio da estruturação de equipamentos públicos, sedes para CRAS, e de equipes para os serviços socioassistenciais.

Além disso, a participação da sociedade civil, por meio da oferta em entidades socioassistenciais, foi de cerca de 10%. As questões repetidas nos três referidos anos, permitem notar que a oferta do Serviço em entidade conveniada teve redução em 2014. Pode-se atribuir essa diminuição dos convênios ao desenvolvimento da política pública pelas próprias equipes da assistência social dos municípios.

Através das quantificações disponíveis em tabulações é possível identificar que dos 5.315 municípios e Distrito Federal que responderam o Censo SUAS de 2012, 5.081 (95,6 %) realizaram o serviço. Apenas 234 (4,4 %) não realizavam o SCFV para pessoas idosas. No questionário enviado no ano seguinte, do total de 5.442 unidades

²⁰ Dados disponíveis em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>. Questões no Anexo da tese.

de gestão municipal, 96,3% realizavam o SCFV para pessoas idosas. E em 2014, das 5.520 unidades respondentes, 96,6% ofertavam o SCFV.

Considerando de modo particular o estado de Santa Catarina, realizado filtro na planilha de dados gerais do Censo, extraíram-se as respostas sobre a oferta do SCFV nos municípios catarinenses.

Quadro 7 - Oferta do SCFV nos municípios catarinenses, por ano

Unidade em que é ofertado o SCFV para pessoas idosas	2012	2013	2014
Unidades respondentes	286 unidades	289 unidades	292 unidades
Na sede do órgão gestor	61	32	18
No CRAS	138	131	148
Em outra unidade pública	93	98	86
Em entidade conveniada	32	26	24
Não realiza	34	54	62

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha dados gerais Gestão Municipal²¹

Observa-se que no período acima apontado houve aumento de seis unidades respondentes. No entanto, o que se destaca no mesmo período é a redução da oferta do SCFV. Em 2012, 97,62% dos municípios catarinenses informaram realizar o serviço; em 2013, foram 96,26%; e em 2014, 95,75%. Isso difere dos dados nacionais, que no mesmo período, mostraram crescimento da oferta do serviço no Brasil.

As respostas do estado de Santa Catarina, informam que o SCFV para pessoas idosas foi prestado dentro do órgão público da assistência social, especialmente nas dependências do CRAS, o que converge com os dados nacionais.

²¹ Dados disponíveis em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>. Questões no Anexo da tese.

Vale constar que quando se observa o dado preenchido individualmente por município, num exercício de observação de quase garimpo, há vários pequenos municípios catarinenses em que houve múltiplas respostas. Isso poderia ser interpretado como possibilidade da oferta do serviço em diversos locais. No entanto, considerando a realidade catarinense, em que a maioria dos municípios, tem menos de cinco mil habitantes, parece pouco factível a existência de oferta variada de um mesmo serviço e para um público específico. Isso também porque notou-se, por exemplo, que há municípios que preencheram o SCFV para pessoas idosas em entidade conveniada e, ao mesmo tempo, informaram que não realizavam o serviço. Essa é uma das inconsistências para considerar em relação aos dados públicos do Censo SUAS.

Observando dados, de modo aleatório, de alguns municípios de pequeno porte, verifica-se a cidade de Agrolândia, por exemplo, na resposta à questão 60, da qual se extraiu a tabela acima. Ofereceu respostas múltiplas e geradoras de inconsistências: o município realiza o SCFV em entidade conveniada, em outra unidade pública, na sede do órgão gestão, no CRAS e também não realiza o serviço, ou seja, marcou todas as alternativas da pergunta.

Além disso, para fins de um estudo que se proponha a refletir sobre os serviços ao longo do tempo com base nos questionários, constatou-se que muitas perguntas são descontinuadas de um ano para o outro, sem que haja a mesma absorção de seu conteúdo por outro questionamento.

Com provocações similares a que encontramos no desenvolvimento da pesquisa, Durval Muniz de Albuquerque Júnior, acerca da historiografia, aponta a efetiva construção e amarração de fios de modo a produzir “tecidos do tempo”:

Michel de Certeau pergunta: o que fabrica o historiador quando faz história? Querendo com isto ressaltar que o que faz o historiador é um trabalho; um trabalho de fabricação de uma narrativa, de um artefato escriturístico; um trabalho de fabricação dos acontecimentos do passado. Querendo com isto dizer que a historiografia é produto de uma operação, de uma atividade de atribuição de sentido aos eventos. (ALBUQUERQUE JR., s/d).

Desta forma, muitos serão os momentos em que haverá cortes/interrupções de informação no tecido deste espaço-tempo, no entanto, há labor para fabricar um *continuum* para análise.

Nessa perspectiva, com a descontinuidade das perguntas sobre o SCFV no questionário da Gestão Municipal, buscou-se informações sobre o SCFV em outros formulários dos Censo SUAS. Foi possível encontrar perguntas no questionário

CRAS. No entanto, cabe novamente sinalizar que as questões não são idênticas aos anos anteriores. Além disso, há municípios com mais de um CRAS, todavia considerando que a maioria dos municípios tem população de menos de cinco mil habitantes, pode-se afirmar que municípios com mais de um CRAS não são a maioria. De todo modo, os questionários CRAS são respondidos por equipamento/Unidade CRAS. Com isso, não é possível manter a dinâmica comparativa dos anos anteriores, no que se refere a percentuais de municípios e Distrito Federal, vez que aqueles dados foram respondidos pela gestão municipal em relação ao município.

Outro esclarecimento diz respeito às perguntas, que nos questionários da Gestão Municipal, anos 2012 até 2014, contabilizaram a realização do SCFV em entidades conveniadas. Nos questionários CRAS, a indagação é se a execução do SCFV é de forma direta. A oferta direta é aquela em que o serviço é realizado nos CRAS e/ou em centros de convivência do poder público. Diferentemente, a oferta indireta é a realizada por entidades ou organizações da assistência social, devidamente registradas no conselho municipal de assistência social e referenciadas ao CRAS de abrangência do território.

No entanto, e feitas as ponderações, entende-se que, ainda assim, é viável considerar os dados CRAS, uma vez que nos anos anteriores há prevalência da oferta do SCFV nos CRAS. Ademais, é uma possibilidade de observar se há a execução do SCFV para pessoas idosas, pelo poder público.

Seguem então os dados por ano, com as principais constatações. Em relação aos anos de 2015 e de 2021 não foi localizada a divulgação das planilhas com as respostas do Censo. Assim, tem-se abaixo compilados os dados disponibilizados para o período 2016 até 2022, sobre o SCFV em âmbito nacional.

Quadro 8 - Quantidades de CRAS que ofertam diretamente o SCFV e quantidade dos ofertantes que têm o serviço para pessoas idosas, por ano, no Brasil.

Oferta do SCFV	2016	2017	2018	2019	2020	2022
Total de CRAS que responderam ao	8240	8292	8360	8357	8402	8557

Censo						
CRAS que ofertam SCFV	7187	7214	7209	7149	6521	7057
CRAS com SCFV para pessoas idosas	6592	6629	6629	6628	5813	6492

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário CRAS, resultados nacionais.

Em relação ao ano de 2021 não foram localizados dados com resultados nacionais compilados pela Secretaria Nacional de Assistência Social. Localizaram-se questionários e dados brutos. Com esses dados, semelhante ao feito em relação aos anos anteriores, levantou-se dado relativo ao estado de SC. Em 2021, a pergunta disponibilizada tratava da realização ou não do SCFV pelo CRAS e para que grupos etários, de modo semelhante aos anos anteriores.

Nos dados do período observa-se aumento do número de CRAS que responderam os questionários, o que ocorre em nível nacional e também no estado de Santa Catarina. Em relação à oferta do SCFV para pessoas idosas, os dados nacionais mostram uma expressiva oferta. Em Santa Catarina, a oferta foi principalmente para outros públicos etários, configurando o seguinte quadro.

Quadro 9 - Quantidade de CRAS que ofertam diretamente o SCFV em Santa Catarina e quantidade dos ofertantes que têm o serviço para pessoas idosas, por ano.

Oferta do SCFV	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total de CRAS que responderam ao Censo	368	371	381	388	384	386	392

CRAS que ofertam SCFV	290	296	305	316	269	281	299
CRAS com SCFV para pessoas idosas ²²	233	233	238	247	209	195	215

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário CRAS, dados gerais.

Os dados nacionais mostram que no período houve oferta do SCFV em mais de 80% dos CRAS, com exceção do ano de 2020 em que a oferta foi realizada em 77% dos equipamentos. Em Santa Catarina, a oferta no período teve variações, com menor percentual no ano de 2020, 60,04%, e maiores percentuais nos anos de 2018 e de 2019, ao passo que em nível nacional, houve mais CRAS com oferta do SCFV nos anos 2016 e 2017.

Nos dados nacionais, constata-se que a partir do ano 2018 há redução do número de CRAS com a oferta do SCFV para todos os públicos. No que se refere a pessoas idosas, há aumento da oferta no período 2016 até 2019, seguida de redução nos anos seguintes, com maior expressão de decréscimo em 2020. Em 2022, nota-se retomada da oferta, contudo sem ainda alcançar o número de CRAS que ofertavam o serviço para pessoas idosas em períodos anteriores, como o de 2016, por exemplo.

Em Santa Catarina, houve redução no ano de 2020, seguido de retomada do SCFV nos anos posteriores. No que se refere ao SCFV para pessoas idosas, os anos de 2021 e 2022 foram os que tiveram menor oferta do Serviço.

A redução da oferta do SCFV tem indícios de estar relacionada com a diminuição do orçamento da assistência social nos serviços do SUAS, que de 6,7 bilhões em 2014 foi reduzida para 3,8 bilhões em 2017 (PAPI; JONER, 2021). Observa-se que a Emenda Constitucional nº 95, que instituiu um novo regime fiscal para os próximos vinte anos, começou a desestruturar o financiamento da política de assistência social.

²² Percentuais em relação a outros públicos etários.

Além disso, vale lembrar que em 2020, em decorrência da pandemia do novo coronavírus - Covid-19, as atividades coletivas nos CRAS não funcionaram presencialmente. Parte dos CRAS realizaram atividades de forma remota e, não fosse dessa forma, possivelmente o percentual de oferta do serviço apresentaria acentuada redução. Nos anos seguintes, as atividades presenciais foram retomadas aos poucos.

Conforme anteriormente exposto, o período analisado, 2016 até 2022, apresenta dados da oferta direta do serviço, o que não permite afirmar se houve aumento ou redução da oferta global do SCFV, isto é, se houve realização por meio de entidades socioassistenciais, não contabilizadas no questionário do CRAS.

Em síntese, constata-se que em nível nacional, o SCFV teve aumento paulatino de unidades respondentes e da oferta do serviço nos anos 2012, 2013 e 2014. A partir de 2018, o aumento do número de unidades respondentes não significou crescimento da oferta do serviço. Pelo contrário, houve redução. Em Santa Catarina, as informações dos anos 2012, 2013 e 2014 apresentaram aumento de municípios respondentes e ao mesmo tempo redução da oferta do SCFV. A partir de 2016, o aumento de CRAS com oferta do SCFV é ínfimo no estado, com pequenas variações numéricas no decorrer do período.

4.3 SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS (PSB NO DOMICÍLIO)

Em relação ao Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, PSB no Domicílio, também foram levantados dados no Censo SUAS.

Trata-se de serviço realizado no domicílio do usuário. Objetiva a prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais e visa a garantia de direitos (Resolução nº 109/2009, do Conselho Nacional de Assistência Social).

O documento Orientações Técnicas PSB no Domicílio (2017) esclarece que o serviço se direciona à prevenção de agravos de vulnerabilidades sociais relacionadas com a deficiência e o envelhecimento. É um serviço destinado a pessoas que apresentem restrições, limitações ou impedimento de acesso à rede socioassistencial no território, decorrentes da situação de dependência de cuidados de terceiros,

mobilidade reduzida ao ambiente domiciliar, fragilização dos vínculos de proteção e de cuidado no ambiente domiciliar e/ou barreiras atitudinais e sócio geográficas do território, dentre outras situações. Destina-se também a melhorar a qualidade do cuidado familiar, fortalecer vínculos sociais e ampliar o acesso a direitos.

Pessoas idosas que recebem Benefício de Prestação Continuada e/ou integrantes de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda são consideradas prioritárias para inserção na PSB no Domicílio (Resolução nº 109/2009, do Conselho Nacional de Assistência Social). Segundo as Orientações Técnicas da PSB no Domicílio (2017) a inclusão no Serviço depende da necessidade de atendimento por meio de visita ou encontro sistemático de ao mínimo uma vez ao mês, tempo considerado necessário para caracterizar a regularidade da oferta.

A inclusão de pessoas idosas e de pessoas com deficiência na PSB no Domicílio se dá, preferencialmente, a partir do PAIF, visto que as famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade estão referenciadas ao serviço de proteção integral à família. Além disso, conforme as Orientações Técnicas do serviço de PSB no Domicílio, há relação de complementaridade entre esse serviço e o SCFV, pois pessoas idosas podem estar no SCFV e ser atendidas no PSB no Domicílio, por situações que trazem dificuldades de frequentar o SCFV com regularidade. De outro modo, podem acessar inicialmente o PSB no Domicílio e, posteriormente, conforme a condição, serem encaminhadas ao SCFV, de forma a ampliar vínculos protetivos e prevenir o isolamento social.

Os serviços da proteção social básica devem se concretizar de forma articulada e complementar. O Caderno de Orientações Técnicas sobre o Serviço de Proteção Social Básica à Pessoa com Deficiência e Idosa (2017, p. 105), recomenda a intrasetorialidade, isto é, a possibilidade de uma família ou indivíduo ser atendido, de modo concorrente, por vários serviços e ações da rede socioassistencial.

De forma semelhante ao SCFV, nos anos 2012, 2013 e 2014, o Censo SUAS perguntou às gestões municipais em que unidade o serviço foi ofertado. Em anos posteriores, o Censo incluiu na mesma pergunta, indagação sobre equipes que realizam o serviço. Cabe esclarecer que o serviço agrega pessoas idosas e pessoas com deficiência, ou seja, o dado não trata exclusivamente das pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Com isso, os dados dos referidos anos permitem

afirmar se houve a oferta do serviço, sem verificação do atendimento exclusivo a pessoas idosas, com ou sem deficiência (s).

De acordo com a similaridade das perguntas, os dados sobre a PSB no Domicílio foram organizados em dois períodos: anos 2012, 2013 e 2014; 2017, 2018, 2019 e 2022. Em relação ao ano 2015, não foram encontrados dados de divulgação; no ano de 2016 não foram localizadas perguntas sobre o serviço PSB no Domicílio. Dos anos 2020 e 2021, não foram localizados tabelamentos dos questionários dos Censos SUAS.

Assim, dos anos de 2012, 2013 e 2014, é possível observar a seguinte configuração da oferta do serviço para pessoas idosas e pessoas com deficiência, em nível nacional.

Quadro 10 - Oferta da PSB no Domicílio nos municípios brasileiros, por ano

Unidade em que é ofertado o PSB no domicílio, para pessoas com deficiência e idosas	2012	2013	2014
Unidades respondentes	5315 unidades	5442 unidades	5520 unidades
Na sede do órgão gestor	467 unidades	395 unidades	303 unidades
No CRAS	2650 unidades	2980 unidades	3024 unidades
Em outra unidade pública	486 unidades	471 unidades	498 unidades
Em entidade conveniada	353 unidades	318 unidades	264 unidades
Não realiza	1977 unidades	1920 unidades	2039 unidades

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Gestão Municipal, resultados nacionais.

Os dados mostram que no decorrer do período houve aumento de municípios que responderam o questionário do Censo SUAS e crescimento da oferta da PSB no Domicílio no ano de 2013, seguido de redução no ano seguinte. Nota-se que nos três

anos o serviço foi ofertado em cerca de duas mil unidades, em torno de 63% dos municípios brasileiros, com predomínio da execução do serviço pelo CRAS.

Em relação ao estado de Santa Catarina, tem-se o seguinte quadro para os anos 2012, 2013 e 2014.

Quadro 11 - Oferta da PSB no Domicílio nos municípios catarinenses, por ano

Unidade em que é ofertado o PSB no domicílio, para pessoas com deficiência e idosas	2012	2013	2014
Unidades respondentes	286 unidades	289 unidades	292 unidades
Na sede do órgão gestor	57 unidades	32 unidades	29 unidades
No CRAS	164 unidades	131 unidades	182 unidades
Em outra unidade pública	13 unidades	98 unidades	9 unidades
Em entidade conveniada	13 unidades	26 unidades	12 unidades
Não realiza	80 unidades	54 unidades	83 unidades

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Gestão Municipal, resultados nacionais.

Os dados do estado de Santa Catarina se assemelham aos nacionais no que se refere ao aumento de unidades que responderam ao Censo SUAS. Além disso, em 2013, houve crescimento expressivo da oferta em relação ao ano anterior, no entanto, em 2014, houve redução. Em Santa Catarina, a oferta do PSB no Domicílio foi superior a 90% nos referidos três anos. O serviço foi ofertado principalmente por meio do CRAS.

Os dados disponíveis no período de 2012 a 2014 tratam da oferta do serviço. As informações do Censo SUAS não contém o número de pessoas idosas e de pessoas com deficiência não idosas que foram atendidas. A ausência dessa quantificação sinaliza ausência de prioridade para ações específicas para esses

grupos sociais. No que se refere a pessoas idosas, a carência de atenção se mostra de modo claro no SUAS, especialmente considerando que a política de assistência social teve sua construção num cenário demográfico com características de aumento do envelhecimento populacional. A cidadania envelhecida precisa de espaços para a produção de cuidados e conhecimentos sociais, não restritos à assistência social, mas também nela.

No que diz respeito aos anos 2017, 2018, 2019 e 2022, constata-se as seguintes informações no que se refere à oferta do Serviço.

Quadro 12 - Oferta da PSB no Domicílio nos municípios brasileiros, por ano

Oferta	2017	2018	2019	2022
Unidades respondentes	5511	5539	5489	5539
Não oferta a PSB no Domicílio	2570 (46,6%)	2963 (53,5%)	2980 (54,3%)	3229 (58,3%)
Oferta a PSB no Domicílio	2941 (53,4%)	2576 (46,5%)	2509 (45,7%)	2310 (41,7%)

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Gestão Municipal, resultados nacionais.

Nota-se que no período anterior, 2012-2014, o maior número de unidades respondentes se mostrou em 2014, com 5.520. No período de 2017-2022, a maior quantidade de respondentes foi nos anos 2018 e 2022, em ambos com 5.539 unidades, o que significa 19 unidades a mais que em 2014. Chama atenção que o aumento de unidades que responderam às questões do Censo SUAS, em comparação ao período anterior, não significou ampliação do serviço, pois em 2014, 3.491 unidades ofertavam a PSB no Domicílio. Em 2017, 2.941 municípios ofereceram o serviço, o que demonstra significativa redução em relação a 2014 (540 municípios a menos).

A publicação incompleta dos dados do Censo SUAS, isto é, sem informações divulgadas nos anos 2015 e 2016, não permitiu conferir se nesses dois anos a redução foi processual ou concentrada em um ano. De todo modo, o que se constata nos anos com dados disponíveis é que a cada Censo, menos municípios informam que ofertam

o serviço de PSB no Domicílio. Em 2018, o número de municípios com oferta do serviço foi de 2.576; já em 2022, o número foi de 2.310. Assim, entre os anos de 2017 e 2022, 631 municípios deixaram de realizar o serviço. Somados aos 540 que entre 2014 e 2017 deixaram de ofertar, constata-se que no período de 2014 até 2022, 1.171 municípios interromperam a oferta do Serviço.

Esses dados evidenciam omissões no cumprimento da PNAS enquanto política pública pensada para se concretizar com serviços ininterruptos, capazes de ofertar proteção social a quem dela necessitar. De acordo com as normativas do SUAS, a PSB no Domicílio é um serviço continuado, contudo constata-se que na prática é descontinuado.

Vejamos em relação ao estado de Santa Catarina, como se configurou a oferta do PSB no Domicílio, nos anos 2017 até 2022.

Quadro 13 - Oferta do PSB no Domicílio nos municípios catarinenses, por ano

Oferta	2017	2018	2019	2022
Unidades respondentes	295	295	291	289
Não oferta a PSB no Domicílio	104 (35,25%)	132 (44,75%)	127 (43,64%)	146 (50,52%)
Oferta a PSB no Domicílio	191 (64,75%)	163 (55,25%)	164 (56,36%)	147 (49,83%)

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Gestão Municipal, resultados nacionais.

Os dados do estado evidenciam o aumento de municípios que deixaram de ofertar a PSB no Domicílio, assim como se mostrou nos dados nacionais. No ano de 2017, 191 municípios ofertavam a PSB no Domicílio e em 2022, 147 municípios, ou seja, houve uma redução de 44 municípios. Em 2022, o serviço foi ofertado por menos da metade dos municípios catarinenses.

Dos anos com dados divulgados, verifica-se que, a partir de 2017, houve mudanças nas perguntas dos questionários e inclusão de novas. Diante disso, houve a expectativa de ampliação da análise. Contudo, caro (a) leitor (a), após a seleção das questões, ao realizar a busca na planilha dos dados gerais, bem como no material

“resultados nacionais”, verificou-se que, exceto na pergunta pontual “O município oferta o serviço?”, em todas as demais, o que se encontrou foi alto percentual de respostas categorizadas na cifra “*missing system*”. Na análise dos dados, a partir do material “resultados nacionais”, constata-se que na cifra “*missing system*” estão os municípios que informaram não realizar o serviço, todavia responderam às questões específicas da realização. Assim, realizou-se a depuração dos dados válidos, isto é, considerando as quantidades dos que afirmaram ofertar o serviço, há nas informações nacionais o seguinte cenário sobre o local da oferta e a equipe de atuação.

Quadro 14 - Unidade que oferta a PSB no Domicílio e equipe, nos municípios brasileiros, por ano.

Unidade que oferta e equipe	2017	2018	2019	2022
Municípios que responderam que ofertam a PSB no Domicílio	2941	2576	2509	2310
Na sede do órgão gestor, com equipe exclusiva	35	35	33	110
Na sede do órgão gestor, com equipe que realiza outras atividades	78	74	62	221
No CRAS, com equipe exclusiva	168	143	153	301
No CRAS, com equipe do PAIF	2251	1930	1854	1850
No CRAS, com equipe que realiza outras atividades	311	295	310	567
Em outra Unidade Pública	43	32	39	84
Em entidade ou organização da sociedade civil	55	67	58	96

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Gestão Municipal, resultados nacionais.

Em Santa Catarina, no mesmo período, configurou-se o seguinte cenário de oferta da PSB no Domicílio, no que se refere à Unidade da oferta e equipe.

Quadro 15 - Unidade que oferta a PSB no Domicílio e equipe, no estado de Santa Catarina, por ano.

Unidade que oferta e equipe	2017	2018	2019	2022
Municípios que responderam que ofertam	191	163	164	147
Na sede do órgão gestor, com equipe exclusiva	2	3	1	2
Na sede do órgão gestor, com equipe que realiza outras atividades	8	7	5	24
No CRAS, com equipe exclusiva	6	8	8	14
No CRAS, com equipe do PAIF	146	115	117	107
No CRAS, com equipe que realiza outras atividades	24	27	27	38
Em outra Unidade Pública	1	0	0	2
Em entidade ou organização da sociedade civil	4	3	6	12

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Gestão Municipal, resultados nacionais.

Os dados nacionais e os do estado de Santa Catarina revelam que no período de 2017 a 2022, a PSB no Domicílio foi ofertada majoritariamente no CRAS, com a equipe do PAIF ou com equipe que realiza outras atividades, isto é, as ações do serviço no Domicílio foram desenvolvidas por equipes que também atuavam em outras ações. Ainda que em menor proporção, observa-se que em âmbito nacional e no estado de Santa Catarina, houve aumento da oferta da PSB no Domicílio por meio de equipe no órgão gestor. Com isso, pode-se indagar sobre o não caráter preventivo do Serviço, tal como preconizado nas normativas, considerando que em Santa Catarina, equipes no órgão gestor atuam em demandas da proteção social especial, isto é, em situações de risco, por meio de Serviços que serão tratados no próximo capítulo.

No decorrer do período, constata-se a primazia da execução por equipes do poder público municipal. Embora prevaleça a maior execução pelo CRAS, nota-se em âmbito nacional o aumento da execução por entidade ou organização da sociedade civil, que em 2017 foi realizada em 55 municípios e cinco anos depois em 96 municípios. Em Santa Catarina, passou de 4 ofertas do Serviço por entidades conveniadas em 2017 para 12 entidades em 2022.

Na maior parte dos municípios brasileiros, a execução no CRAS não é por equipe exclusiva, o serviço também pode ocorrer em entidade socioassistencial. Das entidades, o questionário não detalha se a equipe é exclusiva. Quais as possibilidades de equipes com várias atribuições realizarem a PSB no Domicílio tal qual é pensada nos documentos do SUAS? Conforme as Orientações Técnicas da PSB no Domicílio (2017), a oferta do Serviço pelo CRAS deve garantir condições que não prejudiquem a oferta do PAIF.

Vale considerar que a maioria dos municípios é de população de até cinco mil habitantes e que nem todos os habitantes são público da assistência social.

Os dados do Censo SUAS, de forma isolada, não trazem elementos suficientes para avaliar a qualidade do atendimento ofertado, isto é, se a mesma equipe tem condições de realizar ambos os serviços conforme preceituam as normativas do SUAS. No entanto, ao que parece, as demandas de pessoas idosas chegam ao CRAS e como as formas de intervenção exigidas se diferenciam do trabalho do PAIF, a mesma equipe contabiliza a realização de dois serviços, PAIF e PSB no Domicílio.

A diretriz nacional, que visa resguardar a natureza do Serviço, recomenda a composição de equipe multidisciplinar com dois profissionais de nível superior de pelo menos duas áreas, sendo um assistente social e um psicólogo ou terapeuta ocupacional, uma coordenação desempenhada por um profissional de nível superior e vinculada ao CRAS, até vinte trabalhadores (as) de nível médio, para funções de orientador social, educador social, cuidador social, conforme as necessidades e perfis do conjunto dos usuários. A mesma normativa recomenda, também, que os profissionais sejam efetivos, para garantir a oferta contínua e ininterrupta e favorecer a construção de vínculos entre usuários e equipe (Orientações Técnicas do PSB no Domicílio, 2017).

Conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, é trabalho social essencial ao serviço:

“proteção social proativa; Acolhida; Visita familiar; Escuta; Encaminhamento para cadastramento socioeconômico; Orientação e encaminhamentos; Orientação sociofamiliar; Desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social; Inserção na rede de serviços socioassistenciais e demais políticas; Informação, comunicação e defesa de direitos; Fortalecimento da função protetiva da família; Elaboração de instrumento técnico de acompanhamento e desenvolvimento do usuário; Mobilização para a cidadania; Documentação pessoal” (Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009).

A Resolução do CNAS nº 9, de 15 de abril de 2014 incluiu a possibilidade de as equipes do SUAS, para a execução do PSB no Domicílio, contarem com trabalhadores de nível médio denominados de cuidadores sociais. Eles teriam funções de prestar cuidados básicos e instrumentais a pessoas idosas e pessoas com deficiência. As atribuições do cuidador no PSB no domicílio elencadas na referida Resolução, tratam do desempenho de tarefas, como as seguintes: apoio e monitoramento nas atividades de higiene, organização, alimentação; acompanhar em atividades externas; apoiar famílias por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivência familiar; contribuir para a melhoria da atenção prestada aos membros das famílias; apoiar no planejamento e organização da rotina diária; identificar as necessidades; apoiar e monitorar os cuidados com a moradia, dentre outras funções. Não cabe ao cuidador social a execução de procedimentos que são da Atenção Domiciliar da Saúde, por exemplo, curativos complexos, instalar sonda, aplicar injeções.

Os questionários do Censo SUAS não indagam sobre a composição da equipe de PSB no Domicílio. Assim, mesmo para os municípios que informaram realizar o serviço com equipe exclusiva, não há dados sobre a configuração completa ou incompleta das equipes. Ademais, na literatura não foram encontrados relatos de experiências e ou informações sobre a execução do Serviço. Ao que parece, de forma geral a equipe do PAIF realiza o Serviço conforme as condições que possui, sem concretizar, de fato, o que se espera na política pública. O cuidado pela assistência social depende do trabalho de servidores na condição de cuidadores, para o auxílio em atividades básicas e instrumentais das pessoas idosas e das pessoas com deficiência, o que não há na equipe PAIF.

Para cumprir com o que objetiva o PSB no Domicílio, entende-se que a assistência social deve estar na agenda política nos níveis municipal, estadual e federal. Do contrário, não são concretizados os meios, os recursos, a política como é preconizada.

Outra interessante constatação a partir do Censo SUAS 2018 se dá com a inclusão da pergunta, sobre o número de pessoas atendidas, com referência ao mês de agosto.

Quadro 16 - Quantidade de pessoas atendidas no município, com referência ao mês de agosto, dos anos 2018, 2019 e 2022, dados nacionais.

Quantidade de pessoas atendidas	2018	2019	2022
Total de municípios com execução do Serviço	2575	1989	1800
Não soube informar	811	0	0
Nenhum	96	108	155
Até 5	528	593	495
6 a 10	368	417	353
11 a 50	613	703	634
51 a 200	138	155	141
201 a 500	12	9	12
501 a 1.000	4	3	8
Mais de 1.000	5	1	2

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Gestão Municipal, resultados nacionais.

Vejamos, em Santa Catarina, a quantificação das pessoas atendidas nos municípios.

Quadro 17 - Quantidade de pessoas atendidas no município, com referência ao mês de agosto, dos anos 2018, 2019 e 2022, dados dos municípios catarinenses.

Quantidade de pessoas atendidas	2018	2019	2022
Total de municípios com execução do Serviço	163	164	147
Não soube informar	49	0	0
Nenhum	6	7	11
Até 5	35	29	4
6 a 10	24	36	0
11 a 50	43	56	1
51 a 200	5	6	0

201 a 500	1	0	0
501 a 1.000	0	0	0
Mais de 1.000	0	0	0

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Gestão Municipal, resultados nacionais.

Nos dados nacionais de 2019, mais de 800 municípios não souberam informar quantas pessoas foram atendidas. Dos municípios que responderam, a maior concentração das respostas é de 11 a 50 pessoas, na referência ao mês de agosto de cada ano.

Em Santa Catarina, constata-se que a pergunta sobre a quantidade de pessoas atendidas foi respondida somente por uma parte dos municípios nos anos de 2019 e de 2022. Em 2019, dos 164 municípios que ofertam o Serviço, apenas 134 responderam quantas pessoas foram atendidas. Em 2022, dos 147 municípios catarinenses que afirmaram ofertar o Serviço, 131 não informaram o número de usuários. Dos 16 municípios que responderam em 2022, 11 informaram que não tinham nenhuma pessoa com deficiência ou pessoa idosa em acompanhamento.

A inclusão de perguntas, com mais dados sobre o serviço, pode ter reduzido em parte o número de municípios que, em Censos SUAS anteriores, informaram realizar o PSB no Domicílio. Nas respostas de parte dos municípios, possivelmente, ocorreu confusão do serviço de PSB no Domicílio com o PAIF. Além disso, a não informação sobre número de pessoas atendidas, por exemplo, levanta dúvidas sobre a execução do PSB no Domicílio, como serviço com especificidades próprias.

Unicamente no ano de 2017, o Censo SUAS perguntou sobre a frequência da oferta da PSB no Domicílio. Na cifra “*missing system*” dos dados nacionais estão 46,6% das respostas. As demais respostas, em sua maior parte, informam que o serviço é ofertado em “um dia, ou menos, a cada mês” (17%), seguido por 1 dia por quinzena (15%). Com essa frequência, considerada pelas Orientações Técnicas sobre PSB no Domicílio (2017) como suficiente para considerar que há regularidade do Serviço, é certo que não há, por meio do PSB no Domicílio, o auxílio na realização de atividades básicas e instrumentais da pessoa idosa e da pessoa com deficiência. Além disso, fundindo-se às outras perguntas mencionadas, reitera-se a aparente confusão do que seja o PSB no Domicílio com o PAIF, bem como incerteza se o PSB no Domicílio se concretiza.

Além disso, cabe lembrar que os dados do Censo, como de outras formas de levantamento, são parciais, influenciados por muitas questões, como interpretação de quem responde, interesses políticos, dentre outros fatores.

Ainda assim, considerando o informado nos dados, observa-se que o PSB no Domicílio não faz parte do planejamento da política pública. Não avança. Pelo contrário, os dados mostram que recuou na década estudada, ao passo que o envelhecimento populacional foi crescente. O Brasil também não se tornou um país com redução de vulnerabilidade social, para considerar o Serviço como pontual ou acessório.

A não prioridade da assistência social para os governos, bem como a redução de investimentos, conforme exposto no capítulo II desta tese, indicam ter contribuído para a diminuição da oferta do PSB no Domicílio ao longo do período analisado. É notório que o referido serviço, com padronização nacional e característica normativa de continuidade, não se concretiza como continuado.

O incremento de equipamentos e de equipes ofertando o serviço depende de escolhas, que são intencionais, políticas.

As escolhas políticas são apresentadas como resultados de técnicas analíticas padronizadas; os serviços públicos são comodificados e monitorados pela capacidade de satisfazer uma clientela formada por cidadãos, em uma relação que se reduz à eficiência e à utilidade, esvaziada do princípio de universalidade e proteção que até então caracterizava o moderno Estado-nação. (CAMARGO; LIMA; HIRATA, 2021).

Além disso, cabe lembrar que na trajetória da construção de direitos também se fazem presentes valores morais, construídos socialmente. No neoliberalismo, a responsabilização do sujeito pela sua história de sucesso (ou insucesso), a ideologia do envelhecimento saudável e ativo, bem como o familismo, influenciam no subtratamento de dados das questões do envelhecimento, especialmente daquelas relacionadas à dependência de cuidados. Reforça-se que essas questões também se mostraram no panorama histórico tratado no capítulo I desta tese.

Os achados e os “perdidos” da proteção social básica no SUAS, demonstram que a atenção à pessoa idosa é atribuída principalmente às famílias.

Apoiando-se em Passos e Machado (2021), pode-se afirmar que na assistência social brasileira há um “familismo implícito” ou “familismo por negligência”. O familismo implícito é visível na escassa oferta de cuidado institucional e na ausência de políticas que subsidiem o cuidado na família. O familismo por negligência se mostra quando é

baixa a provisão pública de serviços e baixo o apoio financeiro para os cuidados. Com isso, a responsabilidade se dirige principalmente às famílias. O cuidado é tratado como uma questão privada e das mulheres, a quem se atribui e se espera o exercício não remunerado do trabalho de cuidar. No entanto, a crise de cuidados será cada vez mais acelerada, pois a inserção das mulheres no mercado de trabalho é caminho sem volta. É marcada pelo crescimento de dificuldades de conciliação de cuidados, muitas vezes simultâneos, de filhos e de pessoas idosas. A maioria das mulheres acumula longas jornadas semanais de trabalho, conciliando o trabalho remunerado, os afazeres domésticos e o cuidado, perversamente atribuído quase exclusivamente ao gênero feminino.

Na observação de aspectos da denominada Proteção Social Básica, é preciso lembrar que as ações estão ligadas à observação de vulnerabilidades, sob viés de prevenir agravamentos.

Assim, de modo geral, o que se espera em relação às pessoas idosas, por meio dos serviços socioassistenciais, é a oferta da proteção social, com atividades de convivência e de sociabilidade (SCFV), o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, o acesso a direitos sociais e apoio da assistência social para o cuidado no domicílio. Como apresentado nos dados dos Censos SUAS, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) teve maior oferta que o de PSB no Domicílio.

O SCFV tem como público pessoas idosas com alguma condição de participação social, diferentemente das pessoas idosas com demanda de PSB no Domicílio. Assim, para pessoas idosas com alguma limitação para acessos no espaço público, a provisão pública de proteção no domicílio mostrou regressão na década estudada, com indicativos de não concretude tal qual é preconizada. Conforme visto nos dados dos Censos SUAS, o Serviço é realizado majoritariamente por equipe que realiza outras atividades, bem como se destina a pessoas idosas e pessoas com deficiência. Essa não diferenciação dos grupos etários não traz elementos suficientes para analisar se pessoas idosas são atendidas.

Os dados dos Censos SUAS não trazem indicativos suficientes para afirmar se há capacidade dos serviços socioassistenciais de proteção social básica para prevenir agravamentos das vulnerabilidades e das demandas por proteção social de média e

de alta complexidade. Na literatura, não foram encontrados estudos sobre a Proteção Social Básica no Domicílio.

No que se refere a atividades coletivas, estudo realizado por Lima e Teixeira (2021), em que analisou o PAIF no âmbito nacional e em Teresina - PI, constatou que a partir de 2016 houve decréscimo na oferta de atendimentos e atividades coletivas. Redução que também se apresentou nos dados do Censo SUAS relacionados ao SCFV aqui tratado. As atividades coletivas devem ser utilizadas para além das famílias e indivíduos em acompanhamento, como meios para sensibilizar para a necessidade de acompanhamento. No entanto, conforme as autoras, há reforço do familismo, responsabilizando as famílias. Os acompanhamentos são realizados para as que “falharam” nas funções protetivas, ou seja, os serviços que deveriam ser preventivos, se transformam em serviços para situações-limites.

As situações que se caracterizam como de risco são tratadas nos serviços da Proteção Social Especial. Vejamos, na sequência, os serviços de média e de alta complexidade, com enfoque no atendimento a pessoas idosas.

5 O ATENDIMENTO A PESSOAS IDOSAS NOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

“Não quero morrer, pois quero ver como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é, e dizer venha pra o que vai acontecer.
(...) Eu quero estar no meio do ciclone
Pra poder aproveitar
E quando eu esquecer meu próprio nome
Que me chamem de velho gagá”
(Arnaldo Antunes. Envelhecer).

Diferentemente da Proteção Social Básica, que visa prevenir situações de violações de direitos, o nível de Proteção Social Especial (PSE) atende indivíduos e famílias em situação de risco pessoal e social, por ocorrências de violação de direitos, como abandono, situação de rua e violências.

A PSE se divide em dois níveis de complexidade: 1) média complexidade, quando há direitos violados, porém os vínculos familiares e comunitários não foram rompidos; 2) alta complexidade, quando famílias e indivíduos se encontram sem referência ou em situação de ameaça, com necessidade de retirada do convívio familiar e/ou comunitário.

Em relação à PSE de média complexidade, serão tratados aqui: 1) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); 2) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, no que se inclui como espaço de execução o denominado Centro-Dia.

No que se refere à PSE de alta complexidade, serão tratados os dados dos serviços de acolhimento institucional.

5.1 SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

De forma semelhante à proteção social básica, na proteção social especial de média complexidade, há um serviço voltado para as famílias. Trata-se do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI). Diferentemente da proteção social básica, em que o PAIF atende as situações de vulnerabilidade, na média complexidade o PAEFI é voltado para pessoas em situação de risco social ou que tiveram direitos violados, como violências, trabalho infantil,

tráfico de pessoas, abandono, situação de rua, adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. O PAEFI não se destina exclusivamente a nenhum grupo etário e, de modo semelhante ao PAIF, da proteção social básica, atua nas diversas situações vivenciadas por indivíduos e famílias.

O PAEFI objetiva contribuir para o fortalecimento da função protetiva da família; para romper com padrões violadores de direitos no interior da família; para reparar danos e incidência de violação de direitos; para restaurar e preservar a integridade e as condições de autonomia dos usuários; e incluir as famílias nos serviços públicos, conforme as necessidades (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais).

Estudo realizado por Estevam *et al.* (2021) a partir de prontuários de pessoas idosas atendidas no PAEFI de um município de São Paulo, entre anos de 2009 e 2017, somado a instrumentos de verificação de indícios de violência e entrevistas com pessoas idosas e cuidadores (as), tratou do impacto da “privatização da velhice” sobre a qualidade do cuidado e a vida das pessoas idosas e dos familiares cuidadores.

O referido estudo observou que o cuidado para populações de baixa renda, que não tem possibilidade de ser externalizado por mediação do mercado, é trabalho “do lar”, atribuído geralmente a uma única pessoa, selecionada comumente por ser a mais vulnerável. O cuidado se torna trabalho forçado, em confinamento, o que atinge a integridade física e psicológica de quem cuida. Os resultados dessa degradação do cuidado são sofrimento, adoecimento, violência.

Há um processo de dupla vulnerabilização: da pessoa idosa exposta ao insucesso ou precariedade do cuidado e a diversos tipos de violência; de quem cuida que, na “privatização da velhice”, tem responsabilidade imposta de um cuidado. Este movimento absorve o tempo da pessoa que presta o cuidado, a sua individualidade e o seu futuro. Por vezes, estabelecem-se circunstâncias de um (des)encontro doloroso e mutuamente destrutivo entre pessoa idosa e quem cuida.

O PAEFI é obrigatoriamente desenvolvido no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Com algumas semelhanças em relação ao PAIF, da proteção social básica, o PAEFI, contudo, não pode ser realizado por entidades socioassistenciais, pois se constitui como o principal serviço de média complexidade e a ele devem estar referenciados os demais serviços socioassistenciais do mesmo grau de proteção.

Os CREAS não estão implantados em todos os municípios brasileiros. Há parâmetros conforme o número de habitantes. Municípios com até 20 mil habitantes, podem ter cobertura de atendimento em CREAS Regional, ou implantar CREAS municipal quando a demanda local justificar. Municípios com mais de 20 mil e até 100 mil habitantes, devem implantar no mínimo um CREAS. Municípios com mais de 100 mil habitantes, devem implantar um CREAS a cada 200.000 habitantes (Orientações Técnicas CREAS).

Para os municípios com população inferior a 20 mil habitantes, a implantação dos serviços de proteção social de média complexidade e de alta complexidade dependem de decisão do órgão gestor da assistência social, de acordo com a realidade local.

A oferta de serviços de média e de alta complexidade compete aos municípios, conforme o seu porte, e, nos casos de oferta regionalizada, cabe conjuntamente aos Estados. A oferta dos serviços tem caráter continuado e deve ser planejada, conforme os princípios e a padronização nacional do SUAS.

No estado de Santa Catarina, para o período analisado dos dados do Censo SUAS, 2012-2022, não foram localizadas informações da existência de CREAS Regional. Em 2019, por meio de uma informação técnica²³, a Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social orientou os municípios com menos de 20 mil habitantes, e que não implantaram CREAS, a constituírem, na gestão da Secretaria Municipal de Assistência Social, uma equipe para atendimento das situações de proteção social especial. Vale esclarecer que se trata de equipe para atender as situações, o que não significa a implantação do PAEFI e dos demais serviços da proteção social especial, tal qual previstos na Tipificação Nacional.

No que se refere às pessoas idosas, na Proteção Social de Média Complexidade, está o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. É Serviço para a oferta de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosas com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, tais como: isolamento, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, alto grau de

²³ Disponível em: <https://www.sas.sc.gov.br/index.php/assistencia-social2/orientacao-tecnica/3557-informacao-04-2019-equipe-de-pse-na-gestao/file#:~:text=Entende%2Dse%20a%20equipe%20de,que%20tange%20%C3%A0%20M%C3%A9dia%20Complexidade>. Acesso em janeiro de 2025.

estresse do cuidador, dentre outras, que acirram a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia. Assim, o Serviço é voltado às pessoas com deficiência e idosas com dependência, seus cuidadores e familiares com vivência de violação de direitos que comprometam sua autonomia (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, 2009).

A matricialidade sociofamiliar é clara na concepção relacionada à responsabilidade familiar do cuidado. O Serviço pretende contribuir para o acesso a direitos socioassistenciais; redução e prevenção de situações de isolamento e de abrigo institucional; fortalecimento da convivência familiar e comunitária; melhorar a qualidade de vida familiar; diminuir a sobrecarga dos cuidadores advinda da prestação continuada de cuidados a pessoas com deficiência, por meio de mobilização de família extensa ou ampliada; reduzir agravos decorrentes de situações violadoras de direitos; proteção social e cuidados individuais e familiares voltados ao desenvolvimento de autonomies (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, 2009).

O Serviço pode ser ofertado no domicílio do usuário, no Centro-Dia, no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou em Unidade Referenciada. O Serviço compartilha a responsabilidade do cuidado com a família.

O acesso ao Serviço pode se dar por demanda espontânea de membros da família e/ou da comunidade, por encaminhamento dos demais serviços socioassistenciais, das demais políticas públicas e órgãos do sistema de garantia de direitos.

Em relação a esse Serviço, localizou-se no questionário da Gestão Municipal, no ano de 2012, a pergunta sobre o local da oferta. A pergunta foi descontinuada nos Censos SUAS posteriores. No que se refere a 2012 há a seguinte configuração.

Quadro 18 - Oferta do Serviço de proteção especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, dados nacionais, ano 2012.

Total de respondentes	5315 Unidades
Não realiza o Serviço	2212
Oferta na sede do órgão gestor	706
Oferta no CREAS	1530

Oferta em outra unidade pública	627
Oferta em entidade conveniada	808

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Gestão Municipal, resultados nacionais.

No estado de Santa Catarina, os locais da oferta do Serviço configuram o seguinte cenário.

Quadro 19 - Oferta do Serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, em Santa Catarina, ano 2012.

Total de respondentes	286
Não realiza o Serviço	76
Oferta na sede do órgão gestor	99
Oferta no CREAS	67
Oferta em outra unidade pública	37
Oferta em entidade conveniada	39

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Gestão Municipal, resultados nacionais.

Constata-se que em 2012, 3.103 municípios brasileiros, dos quais 210 do estado de Santa Catarina, informaram que realizavam o Serviço. A oferta se concretizou principalmente por meio do órgão gestor e do CREAS. Em âmbito nacional, destaca-se a prevalência do CREAS, seguido do órgão gestor. Em Santa Catarina, o órgão gestor é mais recorrente que o CREAS, pela configuração de municípios com baixa densidade populacional e opção por constituir equipes na gestão, sem o equipamento CREAS, e, portanto, também sem referência ao PAEFI.

Nos anos seguintes, 2013 e 2014, o Censo SUAS solicitou que as gestões informassem a quantidade de unidades que compõem a rede socioassistencial. Dentre outras, constou Centro-Dia e para o preenchimento a seguinte orientação: “Centros para Pessoas com Deficiência em situação de dependência de cuidado”, ou seja, com esse quesito não se refere necessariamente às pessoas idosas. Não constam nos Censos SUAS de 2013 e de 2014 questões sobre o Serviço.

A partir de 2015, foram criados questionários “Centro Dia”, que é um dos locais de oferta do Serviço. Dessa forma, serão aqui tratados dados sobre esse equipamento social. Os formulários da Gestão Municipal deixaram de indagar sobre o Serviço e não foram localizadas perguntas em outros formulários dos Censos que são aqui trabalhados.

A pesquisa de documentos do SUAS sobre o Serviço, encontrou as Orientações Técnicas sobre o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e suas Famílias, ofertado em Centro-Dia²⁴. Esse documento objetiva orientar a implantação, coordenação, planejamento, execução e acompanhamento do Serviço. Cita-se, ali, a Tipificação Nacional e afirma que é “Serviço de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência e suas Famílias”. Com isso, exclui da nomenclatura as pessoas idosas e orienta textualmente que o Serviço se destina a pessoas com deficiência jovens e adultas. Informa também que a expansão do Serviço faz parte do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, instituído pelo Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011.

Interessante anotar que as pessoas idosas com deficiência estão excluídas das Orientações de implantação e funcionamento do Serviço.

No entanto, observou-se nos questionários Centro-Dia que pessoas idosas estão elencadas no público atendido, razão pela qual os dados dos Censos SUAS relacionados ao Centro-Dia aqui serão tratados.

O número de pessoas idosas cuidadas em Centros-Dia é ínfimo, quase imperceptível, bem como o de Centros-Dia que atendem esse público etário. Isso é uma parte do retrato do familismo implícito e do familismo por negligência (PASSOS; MACHADO, 2021), característicos da sociedade brasileira.

Pode-se pensar também que o não atendimento a pessoas idosas se dá por não haver expectativa de desenvolvimento de autonomia, o que está relacionado também com a ideia de finitude da vida, além de outros aspectos moralmente presentes, como o dever do cuidado pela família. Essas afirmações se assentam também no objetivo de desenvolver autonomia, presente nas Orientações Técnicas sobre o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e suas

²⁴ Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/caderno_centro_dia_orientacoes_tecnicas2.pdf Acesso em fevereiro de 2025.

Famílias, ofertado em Centro-Dia, e destinado a pessoas com deficiência jovens e adultas, excluída, portanto, a existência de deficiência em pessoas idosas.

Para as pessoas com deficiência, jovens e adultas, o familismo também está presente. Consta grifado, nas referidas Orientações, que é “um serviço de empoderamento das famílias e dos seus entes com deficiência”. Encontra-se também de forma clara que “a base do arranjo do SUAS é, portanto, a matricialidade sociofamiliar, no sentido de proteger o cotidiano das relações atribuídas à família e a convivência familiar” (p.08).

Retomando os questionários “Centro Dia”, percebe-se, assim como em outros formulários aqui tratados, que as perguntas não se repetem nos questionários anuais do Censo SUAS. Os dados disponíveis são aqui organizados em quadros, por similaridade das perguntas, conforme a possibilidade de estabelecer análises.

Os questionários “Centro Dia” dos anos 2015 e de 2016 apresentaram indagações sobre o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas durante o mês de agosto dos referidos anos. Os dados nacionais informam o número de pessoas, por faixa etária. Optou-se em colocar aqui todos os públicos, de forma a observar em que medida há pessoas idosas atendidas em Centros Dia

Quadro 20 - Quantidade de pessoas atendidas no Centro-Dia, por faixa etária, no Brasil, nos meses de agosto de 2015 e de 2016.

Total de pessoas atendidas no mês de agosto	2015 Média	2015 Número de pessoas	2016 Média	2016 Número de pessoas
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	20	25774	19	25911
Crianças de 7 a 14 anos, com deficiência	35	45471	34	45021
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	15	18971	14	18754
Adultos, 18 a 59 anos, com deficiência	51	65968	49	66251
Pessoas idosas, 60 anos ou mais, com deficiência	6	8117	6	7883
Pessoas idosas, 60 anos ou mais, dependentes pela idade, sem	3	4048	4	5268

deficiência				
-------------	--	--	--	--

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Centro Dia, resultados nacionais.

No que se refere ao público etário atendido, constata-se que a menor parte é de pessoas idosas e diminuto o número de pessoas idosas com dependência pela idade, sem deficiência.

Em Santa Catarina, a realidade é semelhante àquela dos dados nacionais. O maior número de pessoas atendidas, em ordem decrescente, é de adultos, crianças e adolescentes. No que se refere ao total de pessoas idosas atendidas em Santa Catarina, constata-se que, em 2015, foram atendidas 150 pessoas, das quais apenas 6 eram pessoas sem deficiência. No ano seguinte, 2016, houve significativa redução no número de pessoas atendidas, que foi de 92 e dessas, somente 1 é caracterizada como pessoa idosa sem deficiência.

No que se refere ao estado, na extração e organização das informações, foi possível incluir a natureza das Unidades Centro-Dia. Os dados mostram que em 2015 e 2016 inexistiu unidade governamental em Santa Catarina para o atendimento a pessoas idosas.

Quadro 21 - Quantidade de pessoas atendidas no Centro-Dia, por faixa etária e natureza da Unidade, em Santa Catarina, nos meses de agosto de 2015 e de 2016.

Total de pessoas atendidas no mês de agosto	2015 Número de Pessoas em Unidade Governamental	2015 Número de pessoas em unidade não governamental	2016 Número de Pessoas em Unidade Governamental	2016 Número de pessoas em unidade não governamental
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	0	524	0	277
Crianças de 7 a 14 anos, com deficiência	0	543	0	296
Adolescentes de 15 a 17 anos,	0	320	0	192

com deficiência				
Adultos, 18 a 59 anos, com deficiência	3	1953	0	1289
Pessoas idosas, 60 anos ou mais, com deficiência	0	144	0	91
Pessoas idosas, 60 anos ou mais, dependentes pela idade, sem deficiência	0	6	0	1

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Centro Dia, resultados nacionais.

Constata-se que em 2015 e 2016 os Centros-Dia atenderam principalmente pessoas não idosas.

No que se refere à natureza institucional, governamental e não governamental, por público atendido, os dados de Santa Catarina informam que em 2015, apenas 3 pessoas, adultas com deficiência, foram atendidas em unidade governamental. No ano seguinte, todo o atendimento foi realizado por entidades não-governamentais.

Em outras perguntas dos Censos SUAS, dados nacionais informam que essas unidades fazem parte de rede/federação de entidades de defesa e apoio às pessoas com deficiência e suas famílias, das quais o maior número é de APAE's, que recebem recursos financeiros do poder público para a manutenção do serviço. Com isso, é provável que pessoas idosas com deficiência sejam atendidas nessas entidades não-governamentais, por estarem inseridas nelas desde a idade adulta.

O ínfimo número de pessoas idosas sem deficiência parece ser atendido como uma rara exceção, possivelmente quando as “falhas” da família foram incontornáveis e as gestões municipais buscaram no Centro-Dia conveniado a exceção para o atendimento.

No ano de 2017 não foram divulgados dados sobre Centro-Dia. A partir de 2018, a questão não contabilizou o número de pessoas, como feito nos anos de 2015 e 2016, e sim quantificou o número de Centros-Dia por público que atende, permitindo marcações múltiplas, isto é, a mesma Unidade pode atender mais de um público etário.

Assim, em nível nacional, nos anos 2018, 2019, 2020 e 2022, dos quais houve divulgação dos dados, observa-se a seguinte configuração de oferta do Serviço.

Quadro 22 - Número de Centros-Dia por ano e por público atendido, no Brasil.

Total de Centros Dia	Ano 2018: 1641	Ano 2019: 1666	Ano 2020: 1840	Ano 2022: 1919
Criança/adolescente com deficiência e com algum grau de dependência	1310	1305	1460	1509
Adultos com deficiência e com algum grau de dependência	1347	1386	1540	1615
Idosos com deficiência	802	829	972	1050
Idosos com algum grau de dependência, sem deficiência	295	302	363	379

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Centro Dia, resultados nacionais.

Verifica-se aumento do número de Centros-Dia no decorrer do período 2018-2022 para todos os públicos etários. Manteve-se a prevalência do atendimento para pessoas adultas, seguido de crianças e adolescentes. O número de Centros-Dia que informaram atender pessoas idosas com deficiência é significativamente superior ao de pessoas idosas, sem deficiência.

No que se refere à natureza das Unidades, os dados nacionais informam, por ano, a seguinte configuração, sem separação por público atendido.

Quadro 23 - Natureza das Unidades Centro-Dia, por ano, no Brasil

Natureza	2018	2019	2020	2022
Governamental	123	118	138	141

municipal				
Governamental estadual	01	02	não informado	não informado
Não-Governamental	1517	1546	1702	1778

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Centro Dia, resultados nacionais.

Constata-se que o maior número de Centros-Dia é de entidades não governamentais.

Nos dados do estado de Santa Catarina, foi possível levantar o número de Centros-Dia por natureza governamental, exceto para os anos de 2020 e de 2022, configurando o seguinte quadro. O total anual de Centros-Dia no estado foi extraído do material Resultados Nacionais, Centro-Dia, de cada ano.

Quadro 24 - Número de Centros-Dia, por público atendido e natureza da Unidade, por ano, em Santa Catarina.

Anos	2018		2019		2020	2021		2022
Total de Centros Dia	1	23	1	19	29	2	35	35
	Gov.	Não gov.	Gov.	Não gov.	*	Gov.	Não Gov.	*
Criança/adolescente com deficiência e com algum grau de dependência	0	21	0	16	24	0	32	29
Adultos com deficiência e com algum grau de dependência	1	23	1	18	26	1	35	31
Idosos com deficiência	0	19	0	16	25	0	32	29
Idosos com algum grau	0	1	0	0	6	1	6	7

de dependência, sem deficiência								
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

* Natureza da entidade não-identificada.

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário “Centro Dia”.

No decorrer do período, 2018-2022, em nível nacional houve aumento de 278 Centros-Dias. As Unidades atenderam principalmente pessoas com deficiência não idosas. Como nos anos anteriores, o atendimento a pessoas idosas é realizado por pequeno número de Unidades e para pessoas idosas sem deficiência o número é praticamente inexpressivo. Nos dados de Santa Catarina, o retrato não é diferente no que se refere ao público atendido.

Em âmbito nacional, há aumento anual do número de Centros-Dia, principalmente de natureza não governamental. O aumento é notado para todos os públicos, contudo no que se refere às pessoas idosas sem deficiência, segue mais baixo que dos outros públicos etários, demonstrando que para a população idosa não há interesse institucional público para o atendimento.

Conforme exposto anteriormente, o Serviço claramente busca desenvolver autonomia. Para pessoas idosas, segue a família como única responsável pelo atendimento, uma vez que os usuários da assistência social têm limitações financeiras para contratar, adquirir no mercado os serviços de cuidados a seus dependentes.

Os dados de Santa Catarina chamam atenção pela variação anual do número de Centros-Dia, o que se dá possivelmente por movimentos ora de incremento, ora de interrupção de convênios. Os anos de 2021 e 2022 são os que têm maior número de Centros-Dia. De forma semelhante aos dados nacionais, constata-se que, em Santa Catarina, o Serviço foi efetivado principalmente por meio de entidades socioassistenciais.

Os Centros-Dia governamentais são em um número inexpressivo. Em Santa Catarina, em 2018 e 2019 há apenas um Centro-Dia governamental, que, conforme os dados dos Censos SUAS, está situado no município de São João do Oeste. Os dados de 2021 informam que se mantém o Centro-Dia de São João do Oeste e o estado passa a ter mais uma Unidade governamental, situada no município de Lages. Assim, o estado totaliza dois Centros-Dia governamentais. O Centro-Dia de São João

do Oeste atende pessoas adultas com deficiência e algum grau de dependência. Conforme os dados do Censo SUAS, o Centro-Dia de Lages atende pessoas idosas, sem deficiência.

Os dados da década analisada, 2012-2022, demonstram que a oferta de atendimento dos Centros-Dias é voltada especialmente para pessoas com deficiência e que a maior parte das Unidades não oferta atendimento para pessoas idosas. Para as pessoas idosas sem deficiência é ínfima a oferta do Serviço. A oferta do Serviço se realiza principalmente por meio de Unidades não governamentais.

O Centro-Dia para pessoas idosas está previsto legalmente desde 1994, na Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994), como uma modalidade não-asilar de atendimento. No SUAS está tipificado como um Serviço de média complexidade. No entanto, apesar dos dispositivos legais, do envelhecimento populacional e das necessidades não possíveis de serem atendidas pelas famílias, impera o familismo nas políticas sociais.

Estudo realizado por Camarano (2014) apresenta uma estimativa do custo monetário do cuidado familiar. Com dados do Censo Demográfico de 2010, considerou no estudo as mulheres de 20 a 69 anos que não estavam no mercado de trabalho, não eram aposentadas, não declararam dificuldades para atividades da vida diária (AVD) e residiam com pelo menos um indivíduo com dificuldades para AVDs.

No texto de Camarano (2014), identificou-se que a idade média das mulheres cuidadoras foi de 41,2 anos. Mais de 60% das mulheres tinham baixa escolaridade e 52% moravam em domicílio com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo. No estudo foi alocada uma renda para as mulheres, equivalente a de mulheres com a mesma idade e nível de escolaridade que estavam no mercado de trabalho. Camarano (2014) concluiu que se as mulheres cuidadoras estivessem inseridas no mercado de trabalho, a renda *per capita* dos seus domicílios aumentaria em 54%. O estudo também estabeleceu comparação com o custo de cuidados em Instituição de Longa Permanência - ILPI, e identificou que o custo do cuidado familiar é financeiramente mais baixo.

Para o cuidado familiar são necessários auxílios, que podem ser de diferentes formas, que se complementam. Dentre outras ações, estão benefícios pecuniários aos cuidadores familiares, desenvolvimento de serviços que complementam o cuidado familiar, como o dos Centros-Dia, auxílio em atividades, o que poderia ser feito por

cuidadores sociais, previstos no PSB no Domicílio, constituindo-se assim meios para manutenção da pessoa idosa em sua casa, com custos razoáveis (CAMARANO, 2014).

A existência de cuidados intermediários não elimina a necessidade de parte das pessoas idosas viverem em instituições, seja pela dependência de cuidados, ausência de cuidado familiar, opção da pessoa idosa ou por outras situações. Sigamos as análises, com o tratamento dos dados relativos aos cuidados em unidades institucionais de acolhimento, caracterizados como de Proteção Social de Alta Complexidade.

5.2 PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, a Proteção Social Especial de Alta Complexidade é ofertada para pessoas idosas por meio dos seguintes Serviços: Serviço de Acolhimento Institucional e Serviço de Acolhimento em Repúblicas.

O Serviço de Acolhimento Institucional, deve prestar atendimento personalizado e em pequenos grupos, de forma a favorecer o convívio familiar e comunitário. O ambiente deve ser acolhedor e com estrutura física que atenda as necessidades das pessoas idosas e cumpra com os requisitos previstos em regulamentos próprios.

O acolhimento institucional é previsto para pessoas idosas que não têm condições de permanecer com a família. Conforme o Estatuto da Pessoa Idosa e normativas do SUAS, o acolhimento deve ser provisório e, excepcionalmente, de longa permanência, quando esgotadas outras possibilidades.

Essas instituições, destinadas à moradia coletiva de pessoas idosas, com ou sem suporte familiar, devem atuar em condição de liberdade, dignidade e cidadania com vistas à manutenção da autonomia, independência e do convívio social de seus moradores. Infelizmente, o contexto de precariedade de muitas ILPI no país e, conseqüentemente, o predomínio de profissionais sem formação específica no cuidado a essa população comprometem a qualidade do cuidado. (DAMACENO; LAZARINI; CHIARELLI, 2019, p. 2).

A abrangência do Serviço de Acolhimento pode ser municipal ou regional. O serviço regionalizado deve ser para municípios com proximidade geográfica e ser viabilizado o transporte de familiares para visitas ou a locomoção do público atendido ao ambiente familiar, de forma a preservar os vínculos familiares.

As pessoas idosas com vínculo de parentesco ou de afinidade, casais, irmãos, amigos, devem ser atendidas na mesma unidade. Aos casais deve ser oferecido, preferencialmente, o mesmo quarto. Pessoas idosas com deficiência não podem ser segregadas do serviço.

O acolhimento pode ser desenvolvido em unidade institucional ou em unidade residencial. A unidade institucional é denominada Abrigo institucional ou Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A capacidade de atendimento deve seguir normas da Vigilância Sanitária, dentre outras, e assegurar atendimento de qualidade, personalizado, com até quatro pessoas por quarto. Não há determinação do número máximo de pessoas idosas que podem ser acolhidas em ILPI. Diferentemente, a unidade residencial, denominada Casa-Lar, acolhe grupos de até dez pessoas idosas.

No âmbito do SUAS, o acolhimento pode se dar por demanda espontânea ou requerido por serviços de políticas setoriais, demais serviços socioassistenciais, Ministério Público ou Poder Judiciário.

O Serviço de Acolhimento em Repúblicas destina-se a pessoas idosas com capacidade de gestão coletiva da moradia e condições para realizar, de modo independente, as atividades da vida diária. O Serviço pode ter abrangência municipal ou regional. O acesso pode ser por meio de encaminhamentos dos serviços socioassistenciais, de outras políticas públicas ou por demanda espontânea.

Os Censos SUAS dos diferentes anos, por meio de questionário “Unidades de Acolhimento”, indagaram sobre esses Serviços. Conforme consta nos questionários, os formulários devem ser preenchidos pelo órgão gestor, que deve coletar informações de todas as unidades que ofertam serviços de acolhimento vinculados à política de assistência social do município. A gestão deve, também, incluir as entidades que não possuem convênio com o poder público, mas atuam no campo da assistência social. Os dados das instituições pertencentes ao governo estadual, devem ser coletados e preenchidos pela Secretaria Estadual.

Diferentemente dos questionários dos demais serviços socioassistenciais até aqui tratados, que apresentavam descontinuidades de questões e mudanças constantes das indagações, os formulários das Unidades de Acolhimento apresentam questões repetidas ao longo dos anos. Além disso, nos arquivos intitulados “Resultados Nacionais Acolhimento”, há divulgação de dados com junções de perguntas, permitindo melhor observação de parte dos aspectos. No que se refere aos

dados de Santa Catarina, de parte dos anos não foi possível realizar a extração de informações nas planilhas de dados gerais, por não estarem disponíveis no site da vigilância socioassistencial.

No que se refere aos Censos SUAS de 2020 e de 2021, as informações foram divulgadas parcialmente. Não há arquivos com resultados nacionais dos referidos anos. Desses anos, serão utilizados apenas dados do estado de Santa Catarina, coletados na base de dados gerais. Em relação aos anos de 2012, 2013 e 2014, não foram localizados os dados gerais dos Censos SUAS. Assim, para esses três anos, em relação ao estado de Santa Catarina, é possível utilizar apenas os dados disponíveis nos arquivos “resultados nacionais”.

Em relação aos serviços de acolhimento, são utilizados nesta tese os dados dos Censos SUAS que informam o quantitativo de unidades, os tipos de unidades e a natureza institucional.

O quadro a seguir informa o número total de unidades de acolhimento do SUAS, em cada ano, e desse número a quantidade de unidades de acolhimento exclusivas para pessoas idosas.

Quadro 25 - Total de unidades de acolhimento no Brasil e número dessas unidades destinadas ao acolhimento de pessoas idosas, por ano.

Ano	Total de unidades de acolhimento no Brasil	Unidades de acolhimento para pessoas idosas no Brasil
2012	4360	1227
2013	4423	1167
2014	5184	1451
2015	5554	1558
2016	5781	1667
2017	5589	1722
2018	5665	1769
2019	5768	1784
2022	6536	2059

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Acolhimento, resultados nacionais.

No estado de Santa Catarina, há a seguinte configuração numérica de unidades de acolhimento, destinadas a diferentes circunstâncias ou públicos etários e, dentre as unidades, segue informado o número de instituições de acolhimento específicas para pessoas idosas.

Quadro 26 - Total de unidades de acolhimento em Santa Catarina e número de unidades para acolhimento de pessoas idosas, por ano.

Ano	Total de unidades de acolhimento em Santa Catarina	Unidades de acolhimento para pessoas idosas em Santa Catarina
2013	178	26
2014	197	33
2015	238	33
2016	252	31
2017	201	35
2018	208	36
2019	208	37
2022	235	45

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Acolhimento.

Os dados nacionais e os do estado de Santa Catarina demonstram que, no decorrer do tempo, houve aumento do número de unidades de acolhimento para pessoas idosas. No Brasil, passou de 1.227 unidades em 2012 para 2.059 em 2022, indicando aumento de 40,41%. Em Santa Catarina, passou de 26 unidades em 2013 para 45 em 2022, mostrando crescimento de 42,22%. Não há elementos suficientes para afirmar se todos os números representam acréscimo de unidades ou se houve melhorias no preenchimento do Censo SUAS, com inclusão de dados de mais unidades, ou ainda, se unidades já existentes e funcionando passaram a estar inscritas nos conselhos municipais de assistência social. De qualquer forma, o que os dados mostram, de forma diferente dos outros serviços até aqui tratados, é o crescimento da oferta do Serviço ao longo do período. Isso converge com o aumento do envelhecimento populacional e das necessidades de cuidado institucional.

Em relação ao tipo de unidade de acolhimento, os dados constituem o seguinte quadro, em âmbito nacional.

Quadro 27 - Quantidade de unidades no Brasil por tipo de acolhimento, por ano

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2022
Abrigo/ILPI	1011	1304	1389	1565	1610	1658	1669	1926
Casa-Lar	116	99	128	78	87	75	75	72
República	12	10	11	12	15	18	19	28
Outras	28	38	30	12	10	18	21	33

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Acolhimento, resultados nacionais.

Nota-se, em todos os anos, a prevalência de instituições de longa permanência. Em 2022, por exemplo, o número de ILPIs é cerca de 25 vezes maior que o de Casa-Lar. Além de a quantidade de Casa-Lar ser significativamente menor que a de ILPI, constata-se, no decorrer do período, redução do número de Casa-Lar e aumento do número de Repúblicas. No entanto, o número de “unidades” categorizadas como “outras” é superior ao de República. Ainda que somados os números de Casa-Lar, República e “outras”, em quase todos os anos essas formas de acolhimento não totalizam 100 unidades, ao passo que o número de ILPIs em quase todos os anos é no mínimo dez vezes superior ao de outros tipos de unidades.

Em Santa Catarina, o cenário é de 2 a 3 unidades informadas como Casa-Lar ou “Outras”. A unidade “República” é informada unicamente em 2014 e com uma unidade. Assim, na quase totalidade, o acolhimento de pessoas idosas em Santa Catarina se realiza em instituições de longa permanência.

Quadro 28 - Quantidade de unidades em Santa Catarina por tipo de acolhimento, por ano

	2014	2016	2017	2019	2022
Abrigo/ILPI	30	28	32	32	42
Casa Lar	2	2	3	2	2
República	1	0	0	0	0
Outra	0	1	0	3	1

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Acolhimento.

No que tange à natureza das unidades, os dados demonstram que a maior parte é não governamental.

Quadro 29 - Natureza das Unidades de Acolhimento para Pessoas Idosas no Brasil, por ano

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2022
Governamental	126	153	164	173	184	183	195	235
Não Governamental	1041	1298	1394	1494	1538	1586	1589	1824

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Acolhimento, resultados nacionais.

Quadro 30 - Natureza das Unidades de Acolhimento para Pessoas Idosas em Santa Catarina, por ano

	2014	2016	2017	2019	2022
Governamental	3	2	3	4	3
Não Governamental	30	29	32	33	42

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Acolhimento.

No estado de Santa Catarina, identificou-se nos dados dos Censos SUAS que unidades governamentais foram informadas em cada ano nos seguintes municípios: em 2014, uma Casa-Lar em Caçador, uma ILPI em Chapecó e uma ILPI em Canoinhas. Em 2016, é mantida a informação de uma ILPI em Chapecó e em Canoinhas há uma Casa-Lar. Em 2017, novamente foi informado uma ILPI em Chapecó, uma Casa-Lar em Canoinhas e uma Casa-Lar em Caçador. No ano de 2019, os dados informam que há uma ILPI em Chapecó, uma Casa-Lar em Canoinhas; e uma unidade no município de Modelo e uma no município de Xanxerê, informadas na categoria “outra”. Em 2022, é informada a existência de uma Casa-Lar e de duas ILPIs, governamentais, sem possibilidade de identificar em que municípios catarinenses.

Em suma, no estado de Santa Catarina, assim como no restante do Brasil, praticamente não há instituições de acolhimento governamentais. No entanto, ao observar, nos mesmos Censos SUAS, o acolhimento para o público criança e adolescente, constata-se que o “familismo por negligência” é maior em relação às pessoas idosas. Para crianças e adolescentes, há maior número de unidades governamentais, conforme anexo E desta tese.

A rara existência de instituições públicas remete a realidade de pessoas idosas, atendidas pela assistência social: utilizarem vagas em ILPIs credenciadas; contarem com o cuidado familiar ou estarem desprotegidas.

Conforme Giacomini (2022), no Brasil as instituições públicas de acolhimento não chegam a 7% e o acesso a ILPIs credenciadas carece de transparência sobre fluxos e critérios. As instituições filantrópicas, em geral, contam com voluntários e falham na transparência do volume e do uso dos recursos obtidos, bem como têm dificuldades para se adequarem às exigências legais. Para a maior parte das pessoas idosas atendidas pela assistência social, resta o cuidado familiar.

O financiamento das instituições filantrópicas é rateado pelo residente, sua família, a sociedade e o Estado. A sociedade participa do financiamento por meio de tributos que custeiam o SUAS e o SUS, dos benefícios sociais e rendimentos dos residentes e familiares, e ainda por meio de doações. No entanto, é preciso que o SUAS estabeleça maior controle da gestão dos recursos e da oferta do serviço, de forma que o cuidado possa ser desenvolvido como direito social. O Estado oferece financiamento pela facilidade que encontra em transferir renda ao invés de oferecer serviços, contudo, é preciso construir uma política pública adequada de cuidados e como direito social (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

A natureza das ILPIs tem relação com a provisão de serviços para determinados graus de dependência das pessoas idosas. Conforme Camarano e Barbosa (2016), as ILPIs públicas e filantrópicas têm em comum o atendimento a menor proporção de residentes dependentes. A oferta de serviço médico se dá em 63,5% das ILPIs públicas e em 58,6% das filantrópicas. Nas ILPIs privadas, predomina o atendimento a residentes dependentes e semidependentes e há oferta de serviço médico em 83,6% delas.

Estudo realizado por Lacerda *et al.* (2021), em nível nacional, constatou que não há base de dados com informações sobre o número e as características das ILPIs

e das pessoas idosas residentes, que permitam análises abrangentes de forma a pensar a política pública. Há invisibilidade das unidades e das pessoas em acolhimento institucional. Essa invisibilidade, somada ao familismo, a preconceitos relacionados às ILPIs e ao envelhecimento, contribuem para a inércia do Estado na oferta de serviços de cuidados intermediários e de acolhimento institucional para pessoas idosas (GIACOMIN, 2022).

Para cuidados de longa duração, não há no Brasil fontes de dados comparáveis que informem as políticas nacionais ou regionais (LACERDA *et al.*, 2021). Um estudo publicado em 2010 identificou 3.548 ILPIs no Brasil. Em 2021, estudo conduzido por Lacerda, localizou 7.029 ILPIs, distribuídas geograficamente de forma heterogênea. As informações disponíveis não permitem identificar os determinantes da localização geográfica das ILPIs. Os estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul apresentaram os maiores números de ILPIs, enquanto Roraima, Amapá, Acre, Piauí e Rio Grande do Norte mostraram as menores quantidades. As regiões norte e nordeste têm mais municípios com baixo desenvolvimento econômico e serviços de saúde reduzidos, comparados às demais regiões, o que pode ser parte dos motivos para terem menor quantidade de ILPIs.

No entanto, é sabido que insuficientes condições econômicas e poucos serviços de saúde, dentre outras situações, aumentam as dificuldades relacionadas à doenças crônicas. Assim, em regiões com a presença dessas condições, a pouca oferta de ILPIs não está relacionada à inexistência de demanda, pelo contrário, poucos recursos econômicos e problemas de saúde, contribuem para maior dependência e complexidade de cuidados de pessoas idosas.

Com a desigual distribuição geográfica de ILPIs, há regiões com maior ou menor peso do familismo.

Quando consideramos a oferta de ILPIs e a população potencial que necessita de cuidados de longa duração (pessoas com 75 anos ou mais), a proporção média nacional foi de 8.732 pessoas com mais de 75 anos por ILPI. Quando analisamos essa proporção em termos regionais, a disparidade se agravou: na região Sul, havia aproximadamente 715 pessoas com mais de 75 anos por ILPI; na região Nordeste, a proporção foi de 4.870; e na região Norte, aumentou para 6.038, com destaque para o Amapá e Pará, onde esse número chegou a mais de 9.000 idosos para cada ILPI existente. É interessante notar a proporção de 11.154 idosos acima de 75 anos por ILPI no estado do Piauí quando comparada à encontrada no Rio Grande do Sul (564), sugerindo uma potencial baixa disponibilidade de equipamentos no Piauí (LACERDA *et al.*, 2021).

A maior parte dos municípios brasileiros, 64% deles, não têm instituições de acolhimento para pessoas idosas que demandam cuidados de longa duração e que não podem ser realizados por suas famílias. Nos últimos anos, há o crescimento de instituições privadas com fins lucrativos (LACERDA *et al.*, 2021). As ILPIs privadas predominam na região Sul. Quando as pessoas idosas acolhidas nas ILPIs necessitam de serviços de saúde mais complexos são atendidas em hospitais privados (CAMARANO; BARBOSA, 2016). Não é esse o público da assistência social.

As representações sociais do cuidado ainda estão muito enraizadas em noções que identificam o cuidado mais próximo do familiar. Despreza-se, em grande parte, o fato de que a pessoa idosa tem uma história de vida e também possui necessidades que se complexificam. Pesquisa realizada em 2019 com gestores de instituições destinadas a pessoas idosas, mostrou que há uma infantilização da pessoa idosa institucionalizada, o que reforça marcas de um assistencialismo irrefletido. Isso aponta para um modelo violador de direitos.

A partir dos dados, percebe-se que os gestores apresentam visão de “senso comum” acerca da forma de se abordar o cuidado aos idosos, demonstrando que precisam somente de carinho, afeto, uma vez que estão na ILPI para receber cuidados, porém, não reconhecem a complexidade e as especificidades da saúde dos idosos. [...] (DAMACENO; LAZARINI; CHIRELLI, 2019, p. 5).

Conforme Giacomini (2022), é urgente construir políticas de cuidado de longa duração, pois as necessidades aumentarão especialmente para pessoas idosas com 80 anos ou mais. Não é possível continuar com o formato atual de ações pontuais de caridade ou de assistência social, que são exceção também para os paupérrimos. É preciso considerar onde, quem e como as pessoas idosas em geral serão cuidadas e construir uma política de cuidados que busque equilibrar as responsabilidades concorrentes entre indivíduos, famílias, Estado e mercado (GIACOMINI, 2022).

Os dados da proteção social especial aqui trabalhados demonstram que em relação às pessoas idosas há ínfima oferta de Centros-Dia e de ILPIs.

A oferta de cuidados intermediários, por meio de Centros-Dia, é viabilizada pelo SUAS em sua quase totalidade por meio de convênios com entidades, que atendem principalmente pessoas com deficiência, das quais as idosas numericamente são exceção.

Em relação às ILPIs, a maior parte é não-governamental. Como visto na literatura, entidades filantrópicas têm dificuldades para cumprir com suas obrigações, bem como falta transparência com os recursos financeiros. Além disso, o atendimento

a pessoas com maior grau de dependência é ofertado principalmente por ILPIs privadas. Para pessoas idosas com necessidade de cuidados e insuficiência de recursos financeiros para adquirir soluções privadas é patente a inviabilidade. Resta a família, idealizada e responsabilizada.

Em suma, o SUAS concretiza de fato o familismo, nomeado como matricialidade sociofamiliar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar temas afetos à política de assistência social e, especialmente, voltados a pessoas idosas é duplamente desafiador, pois são perpassados por invisibilidades que se revelam: na teoria, com pouca e/ou pontual elaboração; nas ações públicas.

A pesquisa de produção desta tese utilizou coleta e tratamento de dados dos Censos SUAS, com enfoque nos anos de 2012 até 2022. As análises foram perpassadas por revisão bibliográfica e documental, especialmente na modalidade narrativa. O processo de construção foi marcado pelo uso da análise textual discursiva (ATD), com organização dos dados em unidades de significado, categorização e desenvolvimento de meta-textos analíticos.

O uso de dados abertos de Censos SUAS permitiu observar aspectos dos serviços socioassistenciais, tipificados nacionalmente. No entanto, é necessário pontuar limitações. Os bancos de dados são de difícil manuseio. Além disso, nota-se descontinuidade de questões, não divulgação de dados em todos os anos, utilização em parte dos questionários de códigos do IBGE no lugar do nome dos municípios. Em parte das respostas aos Censos SUAS há alto percentual na cifra “*missing system*” e marcações de alternativas dúbias, por exemplo, informar que não realiza o serviço e, ao mesmo tempo, afirmar aspectos da realização.

Além disso, há elementos da elaboração e divulgação dos dados que influenciam de modo específico na análise dos serviços socioassistenciais ao longo do tempo. Exemplifica-se: informações sobre o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) são interrompidas nos formulários da “Gestão Municipal” e as perguntas que lhe seriam similares, encontradas nos questionários “CRAS”, referem-se à oferta direta. As questões sobre o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas idosas e pessoas com deficiência (PSB no Domicílio) não fazem distinção etária do público atendido. O Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência passa do formulário da “Gestão” para o do “Centro Dia”, que, em parte dos documentos do SUAS, se refere somente a pessoas com deficiência.

As divulgações de resultados nacionais apresentam compilado de informações em nível nacional, sem análises. A extração de dados em planilhas para observar uma parte do território ou município, é trabalhosa, considerando que são bancos de dados

nacionais, e exige conhecimentos específicos de programas e ferramentas complexas de manejo de dados no computador.

O estudo desenvolvido nesta tese considera os serviços socioassistenciais relacionados a pessoas idosas e aqueles que constam na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, instituída pela Resolução n. 109 do Conselho Nacional de Assistência Social, de 11 de novembro de 2009. A Tipificação busca garantir a padronização dos serviços em âmbito nacional, contrapondo-se a históricas ações pontuais e assistencialistas que marcaram a trajetória dessa política pública.

Os serviços socioassistenciais, dentre outras características, têm a dimensão da continuidade das ações, diferentemente de projetos e programas, que podem ser provisórios e pontuais. Por isso, a escolha desta tese consiste em analisar serviços ao longo do tempo, a partir da divulgação dos Censos SUAS. Localizou-se o ano de 2012 como o primeiro com questões afetas aos objetivos da tese e definiu-se o ano de 2022 como o último, considerando o tempo de coleta e tratamento dos dados.

A tese partiu da hipótese que as ações da política de assistência social estão centradas no reforço de responsabilidades familiares, o que se comprova por meio da pesquisa desta tese. Os objetivos da tese foram alcançados e os achados são colocados no decorrer do texto.

As políticas existentes são norteadas principalmente pela matricialidade sociofamiliar, isto é, ações centradas na família. Com a ausência de condições e de ações públicas que respondam às necessidades das pessoas idosas e/ou suas famílias, o que se mostra é o familismo, maior responsabilização das famílias que efetivam os cuidados, sem que haja apoio público.

Os dados analisados demonstram que o atendimento das pessoas idosas que são público da assistência social está ao encargo das famílias, majoritariamente, visto que são ínfimas as ações implementadas no campo dos serviços socioassistenciais. Há demasiada expectativa e responsabilização familiar em torno do cuidado, muito embora o Estatuto da Pessoa Idosa, por exemplo, afirme que é responsabilidade compartilhada da família, da sociedade e do Estado a proteção às pessoas idosas.

Os serviços socioassistenciais de proteção social básica, SCFV e PSB no Domicílio, buscam atuar em contextos de vulnerabilidade social e/ou de fragilização de vínculos familiares e comunitários. A oferta da proteção social básica visa prevenir situações de risco, ou seu agravamento, quando já estabelecidas.

No que se refere ao SCFV, os dados dos Censos SUAS informam significativa oferta de atividades grupais para pessoas idosas, diferentemente do que ocorre no Serviço de PSB no Domicílio. Pela natureza do SCFV, as pessoas idosas nele inseridas têm condições de participação social, ainda que parte delas necessite de algum apoio, por exemplo, para o deslocamento até a unidade de oferta do serviço. Pode-se dizer que as pessoas idosas participantes do SCFV têm algum grau de independência e de autonomia.

Na sequência dos desafios da pesquisa, em relação ao serviço de PSB no Domicílio, as perguntas dos Censos que se referem a esse Serviço, não fazem separação por grupo etário, o que impossibilita observar em que medida há oferta para pessoas idosas sem deficiência.

Os dados coletados sobre o PSB no Domicílio mostram indícios de não realização do Serviço contrariando o disposto em normativas do SUAS. O Serviço é realizado predominantemente por equipe que realiza outras atividades, na maioria dos municípios, pela mesma equipe do PAIF. O número de pessoas atendidas não foi informado por parte dos municípios que afirmaram realizar o serviço. Em 2022, por exemplo, dos 147 municípios catarinenses que responderam ofertar PSB no Domicílio, 16 responderam sobre o número de pessoas e 11 desses não tinham nenhuma pessoa com deficiência ou idosa em atendimento. A maioria dos municípios oferta o serviço com frequência mensal ou menor, frequência que comprova não haver apoio de cuidadores sociais, como parte da equipe do serviço, a pessoas idosas ou com deficiência em suas atividades instrumentais e da vida diária, por exemplo. Há, ainda, questões que buscam detalhar a oferta do Serviço com alto percentual na cifra “*missing system*”. Na revisão bibliográfica, não foram localizados estudos sobre PSB no Domicílio. As orientações técnicas sobre o Serviço mesclam responsabilidades da família e da equipe na proteção à pessoa idosa.

Apesar das previsões normativas, em síntese, as pessoas idosas com características de público da assistência social, que necessitam de cuidados no domicílio, não os recebem por meio da assistência social, embora haja um serviço com previsão de atendimento nessa seara.

Na média complexidade, a análise dos Censos SUAS demonstrou que a oferta de atendimento por meio de Centro-Dia foi realizada, na quase totalidade, por entidades socioassistenciais. Em parte dos Censos SUAS, as questões demarcaram

segmentos etários, o número de pessoas atendidas e em outros anos quais públicos etários são atendidos nos Centros-Dia. O atendimento a pessoas idosas em Centros-Dia pode ser chamado de imperceptível. O número de pessoas idosas atendidas é tão diminuto, que causa indignação constatar.

Não há, portanto, ações no âmbito da assistência que compartilhem com a família o cuidado à pessoa idosa. Os dados nacionais e os dos municípios catarinenses são similares em não atender pessoas idosas.

O cenário não difere muito em relação ao acolhimento institucional. A proteção social de alta complexidade se realiza na quase totalidade por meio de instituições de longa permanência e por entidades socioassistenciais. Assim, pessoas idosas com necessidade de cuidados de maior complexidade, atendidas pela assistência social, têm na prática as seguintes condições: contar com vaga em entidade socioassistencial e que atenda o seu grau de dependência; ter algum familiar ou convivência comunitária que possa ofertar os cuidados necessários; ficar desprotegida. A revisão bibliográfica confirma a ausência de dados comparáveis ao longo do tempo. O aumento do número de ILPIs se dá principalmente nas instituições privadas. A distribuição geográfica de ILPIs no Brasil é desigual e há notáveis disparidades entre a oferta de ILPIs e a população potencial que necessita de cuidados de longa duração (ressaltando-se abismos socioeconômicos também para pessoas idosas).

A análise dos dados em âmbito nacional, e de forma específica do estado de Santa Catarina, apresentou similaridades em relação à falta de oferta de serviços socioassistenciais voltados às necessidades de pessoas idosas e suas famílias, ainda que não exclusivos a esse segmento etário.

As singularidades encontradas no território catarinense se referem a alguns aspectos pontuais da execução dos serviços, por exemplo, o local de oferta do serviço de proteção social de média complexidade, vinculado mais ao órgão gestor e menos a CREAS, equipamentos não implantados na maior parte dos municípios catarinenses.

Trata-se de análise de serviços que são tipificados nacionalmente e as respostas às questões dos Censos SUAS se mostram semelhantes em todas as regiões.

A similaridade parece ter relação com o tema, uma vez que políticas públicas para pessoas idosas, e pobres, não são devidamente consideradas na trajetória

histórica das políticas sociais. Por isso também a importância do primeiro capítulo desta tese: a história traz no tempo os avanços e o que pode ser reclamado como direito social, concomitantemente, mostra que há muito a ser feito para alterar realidades.

A proteção a pessoas idosas está basicamente ao encargo das famílias. Mas, isso também é desigual. A revisão bibliográfica e observações práticas escancaram que o cuidado é atribuído às mulheres.

Faz-se necessário maior investimento na vigilância socioassistencial, aumentando as possibilidades de planejamento de políticas públicas voltadas para pessoas idosas. Os registros institucionais são pontos importantes para que as ações públicas deixem de ser tão tímidas e atendam, efetivamente, a população idosa e seus familiares.

Além disso, há fragmentação das políticas públicas e influência do neoliberalismo, que reduz o papel do Estado ao mínimo para o social e incentiva a aquisição de meios e soluções no âmbito privado. Os desafios para a efetiva implementação de um estado de bem-estar social seguem demonstrados pela complexidade das abordagens realizadas, aqui e acolá.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. de. **O tecelão dos tempos**: novos ensaios de teoria da história. São Paulo, Intermeios, 2019.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. **O tecelão dos tempos**: o historiador como artesão das temporalidades. Acesso em 10 de setembro de 2024. Disponível em: https://www.academia.edu/36729910/O_Tecel%C3%A3o_dos_Tempos_o_historiador_como_artes%C3%A3o_das_temporalidades.

AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [on line]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV e Fiocruz, 2012.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Tradução Lucie Didio. Brasília, DF: Plano Editora, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, Edições 70, 2016.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2014.

BEHRING, E. R., BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 9 Ed. São Paulo: Cortez, 2018.

BEHRING, E. R. Trabalho e Seguridade Social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, E. R.; ALMEIDA, M. H. T. (orgs.). **Trabalho e Seguridade Social**: percursos e dilemas. São Paulo: Cortez, 2008.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. (tradução de Carlos Nelson Coutinho). Rio de Janeiro, Campus, 1992.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 16. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm

BRASIL. **Lei Nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 702**, de 17 de abril de 2002. Disponível em: www.senado.gov.br/senado/conleg/idoso/DOCS/.../Portaria702.doc.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria MPAS/SEAS Nº 73**, de 10 de maio de 2001. Disponível em <https://sisapidoso.iciet.fiocruz.br/sites/sisapidoso.iciet.fiocruz.br/files/normasdefuncionamentodeservicosdeatencaoaidosonosobrasil.pdf>

BRASIL, Secretaria Nacional de Assistência Social. **CENSO SUAS - Bases e resultados**. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social. **Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas**. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/assistencia_social/caderno_PSB_idoso_pcd_1.pdf. Acesso em janeiro de 2023.

BRASIL, Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, Brasília, 2005.

BRASIL, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Plano de Ação para enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília, 2007.

BRASIL, Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 4.100/1993**. Inteiro teor. Disponível em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=218778>

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Caderno de Orientações Técnicas sobre o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas -Vol 1 – Brasília, 2017**. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/assistencia_social/caderno_PSB_idoso_pcd_1.pdf

BRONZO, C; REZENDE COSTA, E. C.; GUIMARÃES, F. A burocracia de nível de rua na implementação do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF): percepções e traduções de normativas nas políticas públicas. In: **Administração Pública e Gestão Social**, vol. 14, N.2, Abril- Junho, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/12434/7267>

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

CAMARANO, A.A. In: CAMARANO, A.A. (org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3288> Acesso em janeiro de 2023.

CAMARANO, A; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: o que se está falando? In: ALCÂNTARA, A; CAMARANO, A.; GIACOMIN, K. (orgs.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Disponível em:

https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos_capitulo20.pdf Acesso em fevereiro de 2025.

CAMARANO, A. A. Os idosos brasileiros muito além dos 60? In: NORONHA, J. C. de; CASTRO, L.; GADELHA, P. (orgs). **Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2023. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57831> Acesso em dezembro de 2024.

CAMARANO, A. A. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. In: ALCÂNTARA, A..O; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K.C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**, IPEA, 2016.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (org.) **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA, 2004, p. 253-292.

CAMARGO; A. P. V; LIMA, R. S.; HIRATA, D. V. Quantificação, Estado e participação social: potenciais heurísticos de um campo emergente. **Sociologias** [online]. 2021, v. 23, n. 56. Acesso em 10 de setembro de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15174522-113100>.

CANUTO, L.T.; OLIVEIRA, A. A. S de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. Minas Gerais. **Psicologia em Revista**, v. 26 n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/12005>

CAPELLA, A. C. N. Agenda-setting policy: strategies and agenda denial mechanisms. **Organ. Soc.**, Salvador, v. 23, n. 79, p. 675-691, 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302016000400675&lng=en&nrm=iso.

CAPELLA, A. C. N. **Formulação de políticas**. Brasília: Enap, 2018. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/3332/1/Livro_Formula%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf

CAPONI, S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica [online]. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2000. Disponível em: https://www.google.com.br/books/edition/Da_compaix%C3%A3o_%C3%A0_solidariedade/rNxZDwAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1&printsec=frontcover

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018; 34 (3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/abstract/?lang=pt#>

CHRISTOPHE, M. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração? Dissertação (Curso de Mestrado) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Programa de Pós-Graduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro: 2009.

CNAS. Resolução Nº 207, de 16 de dezembro de 1998. Política Nacional de Assistência Social. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/pnas-e-nob>

CNAS. Resolução Nº 145, de 15 de outubro de 2004. Política Nacional de Assistência Social. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/pnas-e-nob>

CNAS. Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf

CORRÊA B.; MAHEIRIE K; GOMES, M de A. Bons encontros e Cidadania: os Sentidos Atribuídos ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos pelos(as) Idosos(as) . *Psicol cienc prof* [Internet]. 2024. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/XFtrCfLgLDp7vnZnt6wZRcH/> Acesso em dezembro de 2024.

CUNHA, E. S. da. “Velhices” múltiplas faces de um processo socialmente construído. Dissertação (mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Juiz de Fora, 2008.

DAMACENO, D. G.; LAZARINI, C. A.; CHIRELLI, M. Q.. Representações do cuidado a idosos em instituições. **Escola Anna Nery [online]**. 2019, v. 23, n. 3. Acesso em 20 de agosto de 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0036>

DEBERT, G. G.; OLIVEIRA, A. M.. O idoso, as delegacias de polícia e os usos da violência doméstica. In: MORAES, A. F.; SORJ, B. (orgs.) *Gênero, violência e direitos na sociedade brasileira*. Rio de Janeiro, 7 Letras, 2009, p. 23-48.

DELAMARE, A. R. O menor abandonado e a criminalidade. Dissertação de Mestrado em Direito Penal apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Orientador: Hélio Tornaghi, 1979.

DIMENSTEIN, M; NETO, M.C. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. Pesquisas e práticas psicossociais. São João del-Rei, MG: UFSJ, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100002 Acesso em 07/09/2024.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. de O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

DONZELOT, J. A polícia das famílias. Rio de Janeiro, editora Graal, 1980.

ESTEVAM, É. A., Francisco, P. M. S. B., & Silva, R. A. da. Privatização da velhice: sofrimento, adoecimento e violência na relação entre cuidadores e idosos. *Saúde E*

Sociedade, 30(3), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200928> Acesso em setembro de 2024.

GARCIA, R. P. M. O lugar e o sentido da avaliação nas políticas públicas. In GARCIA, R.P.M. Avaliação de políticas públicas: concepções, modelos e casos (org.). Cruz das Almas, BA: UFRB, 2020. Disponível em <http://www.repositorio.ufrb.edu.br/bitstream/prefix/1128/1/Avaliacao%20de%20politic as%20publicas%20-%20concep%C3%A7%C3%B5es%20e%20modelos%20e%20casos.pdf> Acesso em 15/04/2021.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GROISMAN, D. Asilos de velhos: passado e presente. In: Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento, V. 2, Porto Alegre: 1999. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/5476>

DEBERT, G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. 1ª Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2004.

GIACOMIN, K. C.. Envelhecimento da população brasileira: projeções de demanda e dos custos de Instituição de longa permanência para idosos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. Disponível em: https://homologacao-saudeamanha.iciict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/12/Giacomin_KC_Envelhecimento-da-populacao-brasileira_TD_91_final.pdf

GOLDMAN, S. N. Velhice e direitos sociais. In: PAES, S. P. (et all.). Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000. p. 13-42.

GOLDMAN, S. N. Aposentadoria e pobreza: algo em comum? In: GOLDMAN, Sara Nigri; PAZ, Serafim Fortes. Cabelos de Neon. Niterói, RJ: Talento Brasileiro, 2001. p. 13-31.

HABERMAS, J. Consciência moral e agir comunicativo. Tradução de Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HAESBAERT, R. Dilema de conceitos: espaço-território e contenção territorial. In: SAQUET, Marcos Aurelio; SPOSITO, Eliseu Savério (organizadores). Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos. 1.ed. São Paulo: Expressão Popular: UNESP. Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2008.

HAESBAERT, R. TERRITÓRIO. *GEOgraphia*, v. 25, n. 55, 18 dez. 2023. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/61073> Acesso em novembro de 2024.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna. Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 17 Ed. São Paulo, Loyola, 2008.

IBGE. Relação da população dos municípios. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/37734-relacao-da-populacao-dos-municipios-para-publicacao-no-tcu.html> Acesso em janeiro de 2025.

IBGE. Censo Demográfico 2022 população e domicílios. Primeiros resultados. Rio de Janeiro: 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102011.pdf> Acesso em janeiro de 2025.

IBGE. Censo Demográfico 2022. População por idade e sexo. Pessoas idosas com 60 anos ou mais de idade. 2022. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0c84737978791f626ea10b75eae18b3c.docx

JACCOUD, L. Coordenação e territórios no SUAS: o caso do PAIF. In: JACCOUD, L. (org.). *Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras*. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10255/1/CoordTerritSuasPaif_cap14.pdf Acesso em maio de 2023.

KOGA, D. Proteção social no território: entre o texto e o contexto. *Uníalto em Pesquisa*. São Paulo SP, v.6, n.2, p. 133-151, abr/2016. Disponível em: <http://pesquisa.italo.com.br/index.php?journal=uniitalo&page=article&op=view&path%5B%5D=60> Acesso em abril de 2022.

KOGA, D. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. In: *Serv.Soc.Rev.*, Londrina, V.16, N.1, P.30-42, Jul./Dez.2013. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/17972> Acesso em abril de 2022.

LACERDA, TTB; NEVES, APM, BUARQUE, GLA, FREITAS, DCCV, TESSAROLO, MMM, GONZÁLES, N, et al. Panorama geoespacial das instituições de longa permanência no Brasil: um retrato das desigualdades territoriais. *Geriatrics, Gerontologia e Envelhecimento*, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1349328> Acesso em março de 2025.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 1999.

LEDOUX, S.. *La genèse des lieux de mémoire et leur retraduction dans les politiques*

du passé en France (années 1970-1980). Cahiers Mémoire et Politique, 2019. Disponível em: <https://hal.science/hal-03913241>

LÉTOURNEAU, J. Ferramentas para o pesquisador iniciante. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S.. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Saúde em Debate [online]. 2014, v. 38, n. 102 [Acessado 27 Agosto 2024], pp. 593-606. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>.

LIMA DE CARVALHO, J.; MARIA TEIXEIRA, S. . O Sistema Único de Assistência Social e o trabalho de assistência Social no PAIF: análise dos 13 anos de implantação em âmbito nacional e no município de Teresina-PI. Emancipação, Ponta Grossa - PR, Brasil., v. 21, p. 1–19, 2021. DOI: 10.5212/Emancipação.v.21.2117054.022. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/17054>. Acesso em: 7 jan. 2025.

LINDO, P. V. F. Uma crítica geográfica ao conceito de território na PNAS: por um diálogo entre geografia e serviço social. Tese de Doutorado, PPGF - FCT/UNESP, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/136034>

MARIUCCI, P.; CARIO, S. A. F. Vulnerabilidade e Vigilância em Regiões Socioassistenciais de Santa Catarina: uma avaliação da política pública no âmbito da assistência social. Desenvolvimento Socioeconômico em Debate, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 64, 2020. DOI: 10.18616/rdsd.v6i2.5766. Disponível em: <https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/RDSD/article/view/42>. Acesso em: 7 fev. 2025.

MARSHALL, T. H. Cidadania e classe social. In: Cidadania, classe social e “status”. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. Cap. III, p. 57-114.

MENCHISE, R.M., FERREIRA, D.M., ÁLVAREZ, A. L. F. Neoliberalismo, políticas públicas e desigualdade: uma análise principalmente do Brasil. Dilemas, Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, 16 (1), 2023. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/49274>

MINAYO, M. C. de S.; ALMEIDA, L. C. C. de. Importância da Política Nacional do Idoso no enfrentamento da violência. In: ALCÂNTARA, A. de O. (et all.). Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

MIOTO, R. C.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Orgs.). Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015

MORAES, R.; GALIAZZI, M. do C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. In: Ciência e Educação, v.12, p.117-128, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/wvLhSxkz3JRqv3mcXHBWSXB/abstract/?lang=pt> Acesso em jan./23.

MOSER, L.; DAL PRÁ, K.R. Os desafios de conciliar trabalho, família e cuidados: evidências do “familismo” nas políticas sociais brasileiras. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 382-392, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2016.2.21923>

MOURA, M.M. D de.; VERAS, R. P. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/M9K9GZ6PmF5BDwvVN6b3VCj/?format=pdf&lang=pt>

MOTA, A. E. *Cultura da crise e seguridade social*. São Paulo: Cortez, 2017.

NASCIMENTO, P. F. & MELAZZO, E. S. Território: conceito estratégico na assistência social. *Revista Serviço Social*, Londrina, v. 16, n.1, P. 66-88, Jul/dez. 2013.

NASCIMENTO, A. B; ALMEIDA, E. T. V. de. Política Nacional de Assistência Social, território e territorialidade: revisitando os conceitos. In: *Revista Goitacá*, v. 2. n. 1, UFF: 2023. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagoitaca/article/view/57883> Acesso em outubro de 2024.

NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista e serviço social 8ª*. Ed. São Paulo, Cortez, 2018.

PAPI, L.Z.; JONER, W. Descoordenação federativa e desfinanciamento da política de assistência social sob o governo Bolsonaro: uma análise nos municípios do Rio Grande do Sul. VIII Encontro Brasileiro de Administração Pública. Sociedade Brasileira de Administração Pública. Disponível em: <https://sbap.org.br/ebap/index.php/home/article/download/156/96/698> Acesso em dezembro de 2024.

PASSOS, L.; MACHADO, D.C. Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 38, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/sxNtfvt4NWS3D8szwqXz88d/> Acesso em novembro de 2024.

PASTORINI, A. Quem Mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria “concessão – conquista”. In: *Revista. Serviço Social e Sociedade*, nº 53, São Paulo: Cortez, 1997.

PASTORINI, A. *A categoria “questão social” em debate*. Rio de Janeiro: Cortez Editora, 2007.

PEREIRA, G. V. A interseccionalidade e os marcadores sociais de raça, classe e gênero nas concepções e práticas de profissionais e usuários de Centros de Referência de Assistência Social do município de Belo Horizonte. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/37621/1/A%20interseccionalidade%20e%20>

0os%20marcadores%20sociais%20de%20ra%c3%a7a%20%2c%20classe%20e%20g%c3%aanero%20nas%20concep%c3%a7%c3%b5es%20e%20pr%c3%a1ticas%20de%20profissionais%20e%20usu%c3%a1rios%20de%20Centros%20de%20Refer%c3%aancia%20de%20Assist%c3%aancia%20Social%20do%20munic%c3%adpio%20de%20Belo%20Horizonte.pdf

PEREIRA, P.; STEIN, R. H. Política social: universalidade *versus* focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I. [et. al.] (orgs.). Capitalismo em crise: política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010.

PIZZINATO, A; PAGNUSSAT, E.; CARGNELUTTI, E.S.; LOBO, N. dos S.; MOTTA, R.F. Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica. Estudos de Psicologia. Natal: 2018. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2018000200006 Acesso em setembro de 2023.

RAEDER, S. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas In Perspectivas em Políticas Públicas | Belo Horizonte | Vol. VII | Nº 13 | P. 121-146 | jan/jun 2014. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/revistappp/article/view/856> Acesso em 04/04/2021.

RAFFESTIN, C. (1993). Por uma Geografia do Poder. São Paulo: Ática.

RIZZINI, I. O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. 2 ed. ver. São Paulo: Cortez, 2008.

ROMERO, D; MAIA, L. A epidemiologia do envelhecimento. Novos paradigmas? In: NORONHA, J. C. de; CASTRO, L.; GADELHA, P. (orgs.). Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2023. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57831> Acesso em dezembro de 2024.

RODRIGUES, A.F.O.; SCHNITZLER, E.L.; SALLUM, S.B.; RAUPP, F.M. Fragmentação de municípios catarinenses e desempenho econômico-financeiro. Revista PCA/UFF, v. 13, n.3, jul.-set. 2019. Disponível em: <https://irbcontas.org.br/artigos/fragmentacao-de-municipios-catarinenses-e-desempenho-economico-financeiro/> Acesso em janeiro de 2025.

SANTOS, J. Questão social: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M; SOUZA, M.A.de; SILVEIRA, M.L. (orgs.). Território Globalização e Fragmentação. 4ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1998. Disponível em: https://anpur.org.br/wp-content/uploads/1995/07/Territorio_globalizacao-e-fragmentacao.pdf Acesso em setembro de 2023.

SAQUET, M.C. Abordagens e concepções sobre território. São Paulo: 3ª Ed. Outras Expressões, 2013.

SAQUET, M.C. Por uma abordagem territorial. In: SAQUET, M. A.;

SPOSITO, E. S. (organizadores). Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos. 1.ed. São Paulo: Expressão Popular: UNESP. Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2008.

SÁTYRO, N. G. D., CUNHA, E. S. M., & CAMPOS, J.. (2016). Análise espacial da burocracia da assistência social nos municípios brasileiros: notas para uma reflexão sobre a capacidade de implementação dessa política. *Opinião Pública*, 22(2), 286–317. <https://doi.org/10.1590/1807-01912016222286>

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: 23ª Ed. Cortez, 2007.

SILVA, R. B. (2019). Processos Educativos e Formação Humana no âmbito do PAIF: um estudo a partir de documentos. *Sociedade Em Debate*, 25(1), 147-160. Recuperado de <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2177> Acesso em janeiro de 2025.

SILVA, J. C. da. Velhice e Assistência Social no Brasil. In: Revista A Terceira Idade, vol. 17, número 35, fevereiro de 2006. SESC. P. 54-64.

SOUZA, M. L. de. Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial. Rio de Janeiro : Bertrand Brasil, 2013.

SOUZA, C. Federalismo e capacidades estatais: o papel do estado-membro na política de assistência social. In: PIRES, R. LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas Brasília: Ipea: Enap, 2018.

TEMPORALIS. Brasília. ABEPSS, N. 3, Ano II, Jan./Jun. 2001 (ISBN: 85-85610-20-4).

TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento e trabalho no tempo do capital. Implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo, Cortez, 2008.

TEIXEIRA, S. M. F. Assistência na previdência social: uma política marginal. In: SPOSATI, A. [et. al.] (orgs.) Os direitos (dos desassistidos) sociais. 7. ed. São Paulo, Cortez, 2012.

TEIXEIRA, S. M. A família na política de assistência social: concepções e as tendências do trabalho social com famílias nos CRAS de Teresina. 2. ed. Teresina: EdUFPI, 2016.

VECINDAY, M. L. El papel de la evaluación del riesgo para las políticas de inserción social focalizada. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº. 81, Cortez Editora, março 2005, p. 135-155.

VERAS, R. M. Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: a premência necessária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online]. 2024, v. 27. Acessado em: 2 Setembro 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230038.pt>.

VIANNA, M. L. T. W. A americanização (perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan: Iuperj, 1998.

YASBEK, M. C. Classes subalternas e assistência social. São Paulo: Cortez, 2018 [e-book].

ANEXOS

ANEXO A – SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS POR NÍVEIS DE ATENÇÃO E FONTES DE INFORMAÇÃO DOS CENSOS SUAS

1. Serviços da Proteção Social Básica

1.1. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

Questionários:

a. Gestão Municipal. Censos SUAS 2012, 2013 e 2014.

Fontes: Resultados Nacionais e Planilhas Excel de dados gerais (extração de informações de Santa Catarina).

b. Questionários CRAS. Censos SUAS 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 (apenas planilha excel), 2022.

Fontes: Resultados Nacionais e Planilhas Excel de dados gerais (extração de informações de Santa Catarina).

1.2. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas

Questionários: Gestão Municipal. Censos SUAS 2012, 2013, 2014, 2017, 2018, 2019, 2022.

Fontes: Resultados Nacionais e Planilhas Excel de dados gerais (extração de informações de Santa Catarina).

2. Serviços da Proteção Social Especial

Média Complexidade

2.1. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, Centro-Dia

Questionários:

a. Gestão Municipal. Censos SUAS 2012, 2013, 2014.

Fontes: Resultados Nacionais e Planilhas Excel de dados gerais (extração de informações de Santa Catarina).

b. Centro-Dia. Censos 2015, 2016, 2018, 2019, 2020, 2022.

Fontes: Resultados Nacionais e Planilhas Excel de dados gerais (extração de informações de Santa Catarina).

2.2. Alta Complexidade - Acolhimento

Questionários Acolhimento. Censos SUAS 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2022.

Fontes: Resultados Nacionais e Planilhas Excel de dados gerais (extração de informações de Santa Catarina).

ANEXO B – TABELAS DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS POR NÍVEIS DE ATENÇÃO E FONTES DE INFORMAÇÃO DOS CENSOS SUAS

SCFV Censo SUAS 2012

q52e Unidade em que é ofertado o Serviço de Convivência e Fortalecimento de vínculos para idosos

	Sim		Não		Total	
	Quantidade de unidades	%	Quantidade de unidades	%	Quantidade de unidades	%
q52e_1_Na própria sede do órgão gestor	452	8,5	4863	91,5	5315	100,0
q52e_2_No CRAS	3824	71,9	1491	28,1	5315	100,0
q52e_3_Em outra unidade pública	1612	30,3	3703	69,7	5315	100,0
q52e_4_Em entidade conveniada	531	10,0	4784	90,0	5315	100,0
q52e_5_Não realiza	234	4,4	5081	95,6	5315	100,0

Fonte: BRASIL, Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Gestão Municipal e Distrito Federal.

Unidade em que é ofertado o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos, nos municípios de Santa Catarina.

		Não		Sim	
		Total	Total - %	Total	Total - %
q52e_1	Na própria sede do órgão gestor	225	15,73%	61	4,27%
q52e_2	No CRAS	148	10,35%	138	9,65%
q52e_3	Em outra unidade pública	193	13,50%	93	6,50%
q52e_4	Em entidade conveniada	254	17,76%	32	2,24%
q52e_5	Não realiza	252	17,62%	34	2,38%
Total Geral		1072	74,97%	358	25,03%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Gestão Municipal

SCFV, Censo SUAS 2013, Resultados Nacionais

Questão53e_Unidade em que é ofertado o Serviço de Convivência e Fortalecimento de vínculos para idosos

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Na própria sede do órgão gestor	342	6,3%	5100	93,7%	5442	100,0%
No CRAS	3944	72,5%	1498	27,5%	5442	100,0%
Em outra unidade pública	1878	34,5%	3564	65,5%	5442	100,0%
Em entidade conveniada	565	10,4%	4877	89,6%	5442	100,0%
Não realiza	200	3,7%	5242	96,3%	5442	100,0%

Fonte: BRASIL, Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Gestão Municipal e Distrito Federal.

Unidade em que é ofertado o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos, nos municípios de Santa Catarina

Q53		Valores			
Descrição	Total	Não		Sim	
		Q53e (%)		Q53e (%)	
Em entidade conveniada	263	18,20%		26	1,80%
Em outra unidade pública	191	13,22%		98	6,78%
Na própria sede do órgão gestor	257	17,79%		32	2,21%
Não realiza	235	16,26%		54	3,74%
No CRAS	158	10,93%		131	9,07%
Total Geral	1.104	76,40%		341	23,60%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha dados gerais Gestão Municipal

SCFV Censo SUAS 2014, Resultados Nacionais

Questão 60.5 - Unidade em que é ofertado o Serviço de Convivência e Fortalecimento de vínculos para idosos

	N	%
Na própria sede do órgão gestor	249	4,5
No CRAS	4017	72,8
Em outra unidade pública	2144	38,8
Em entidade conveniada	527	9,5
Não realiza	190	3,4

*N Total = 5.520

Fonte: BRASIL, Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Gestão Municipal e Distrito Federal.

Unidade em que é ofertado o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos, em municípios catarinenses, 2014.

Descrição da Variável	q60.5	Valores			
	Não			Sim	
	Total	%	Total	%	
Serviços de convivência e Fortalecimento de vínculo para idosos: Em entidade conveniada	268	18,36%	24	1,64%	
Serviços de convivência e Fortalecimento de vínculo para idosos: Em outra unidade pública	206	14,11%	86	5,89%	
Serviços de convivência e Fortalecimento de vínculo para idosos: Na própria sede do órgão gestor	274	18,77%	18	1,23%	
Serviços de convivência e Fortalecimento de vínculo para idosos: Não realiza	230	15,75%	62	4,25%	
Serviços de convivência e Fortalecimento de vínculo para idosos: No CRAS	144	9,86%	148	10,14%	
Total Geral	1.122	76,85%	338	23,15%	

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha dados gerais Gestão Municipal

SCFV realizado em CRAS, Censo SUAS 2016, Resultados Nacionais

q15_Este CRAS executa diretamente Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

	Quantidade de CRAS	%
Sim	7187	87,2
Não	1053	12,8
Total	8240	100,0

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. CRAS.

Dados em municípios catarinenses em 2016 sobre o SCFV realizado em CRAS

Rótulos de Linha	Contagem de q15	Contagem de q15_2
⊕ Não	78	21,20%
⊕ Sim	290	78,80%
Total Geral	368	100,00%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha dados gerais CRAS.

Dados nacionais 2016 sobre o SCFV realizado em CRAS

q16_Quantidade de CRAS que ofertam diretamente o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), por público

	Quantidade de CRAS que ofertam o serviço	%
q16_1_SCFV para Crianças de 0 a 6 anos de idade	3988	55,49
q16_2_SCFV para Crianças de 7 a 14 anos de idade	6405	89,12
q16_3_SCFV para Jovens de 15 a 17 anos de idade	6083	84,64
q16_4_SCFV para Adultos de 18 a 29 anos de idade	3100	43,13
q16_5_SCFV para Adultos de 30 a 59 anos de idade	3992	55,54
q16_6_SCFV para Idosos (60 anos ou mais)	6592	91,72
Total de CRAS que ofertam SCFV	7187	87,2

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. CRAS.

Rótulos de Linha		Rótulos de Coluna		
		Sim		
		Contagem de Valor		
q16_1_Oferta Direta SCFV_Crianças de 0 a 6 anos de idade		134	12,61%	
q16_2_Oferta Direta SCFV_Crianças de 7 a 14 anos de idade		262	24,65%	
q16_3_Oferta Direta SCFV_Adolescentes de 15 a 17 anos de idade		211	19,85%	
q16_4_Oferta Direta SCFV_Jovens de 18 a 29 anos de idade		95	8,94%	
q16_5_Oferta Direta SCFV_Adultos de 30 a 59 anos de idade		128	12,04%	
q16_6_Oferta Direta SCFV_Idosos (60 anos ou mais)		233	21,92%	
Total Geral		1063	100,00%	

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha dados gerais CRAS.

SCFV realizado em CRAS, Censo SUAS 2017, Resultados Nacionais

q16_Este CRAS executa diretamente Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

	Quantidade de CRAS	%
Não	1078	13,0
Sim	7214	87,0
Total	8292	100,0

q17_Quantidade de CRAS que ofertam diretamente o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), por público		
	Quantidade de CRAS que ofertam o serviço	%
q17.1 Oferta Direta SCFV_Crianças de 0 a 6 anos de idade	3.998	55,4%
q17.2 Oferta Direta SCFV_Crianças de 7 a 14 anos de idade	6.392	88,6%
q17.3 Oferta Direta SCFV_Adolescentes de 15 a 17 anos de idade	6.020	83,4%
q17.4 Oferta Direta SCFV_Jovens de 18 a 29 anos de idade	3.532	49,0%
q17.5 Oferta Direta SCFV_Adultos de 30 a 59 anos de idade	4.260	59,1%
q17.6 Oferta Direta SCFV_Idosos (60 anos ou mais)	6.629	91,9%
Total de CRAS que ofertam SCFV	7.214	87,0%

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. CRAS.

Santa Catarina, 2017

Este CRAS executa diretamente o SCFV?

Rótulos de Linha	Contagem de q16	%
☒ Não	75	20,22%
☒ Sim	296	79,78%
Total Geral	371	100,00%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha dados gerais CRAS.

Quantidade de CRAS que ofertam diretamente o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), por público

Rótulos de Linha	Contagem de Valor	%
☒ q17.1 Oferta Direta SCFV_Crianças de 0 a 6 anos de idade	137	12,38%
☒ q17.2 Oferta Direta SCFV_Crianças de 7 a 14 anos de idade	267	24,12%
☒ q17.3 Oferta Direta SCFV_Adolescentes de 15 a 17 anos de idade	213	19,24%
☒ q17.4 Oferta Direta SCFV_Jovens de 18 a 29 anos de idade	115	10,39%
☒ q17.5 Oferta Direta SCFV_Adultos de 30 a 59 anos de idade	142	12,83%
☒ q17.6 Oferta Direta SCFV_Idosos (60 anos ou mais)	233	21,05%
Total Geral	1.107	100,00%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha dados gerais CRAS.

SCFV realizado em CRAS, Censo SUAS 2018, Resultados Nacionais

Questão q_16_v10391_Este CRAS executa diretamente Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

	Qtde Cras	%
Não	1151	13,8
Sim	7209	86,2
Total	8360	100,0

Questão q_17. Esta unidade oferta diretamente oferta Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para os seguintes públicos?

	SIM		NÃO	
	Qtde CRAS	%	Qtde CRAS	%
Crianças de 0 a 6 anos de idade	4034	56%	3175	44%
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	6443	89%	766	11%
Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	6048	84%	1161	16%
Jovens de 18 a 29 anos de idade	3718	52%	3491	48%
Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	4428	61%	2781	39%
Idosas(os) (60 anos ou mais)	6629	92%	580	8%

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. CRAS.

Santa Catarina, 2018

Este CRAS executa diretamente o SCFV?

Rótulos de Linha	Contagem de q_16	%
+ Não	76	19,95%
+ Sim	305	80,05%
Total Geral	381	100,00%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha de dados gerais CRAS.

Rótulos de Linha	Rótulos de Coluna			
	Não	Sim		
	Contagem de Valor	Contagem de Valor	%	%
⊕ q_17_1_v10394_Crianças de 0 a 6 anos de idade	163	142	8,91%	7,76%
⊕ q_17_2_v10395_Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	29	276	1,58%	15,08%
⊕ q_17_3_v10396_Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	82	223	4,48%	12,19%
⊕ q_17_4_v10397_Jovens de 18 a 29 anos de idade	177	128	9,67%	6,99%
⊕ q_17_5_v10398_Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	153	152	8,36%	8,31%
⊕ q_17_6_v10402_Idosas(os) (60 anos ou mais)	67	238	3,66%	13,01%
Total Geral	671	1.159	36,67%	63,33%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha de dados gerais CRAS.

SCFV realizado em CRAS, Censo SUAS 2019, Resultados Nacionais

Questão q15_v10391_ Este CRAS executa diretamente Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (Mês de referência: agosto/2019):

	Qtidade CRAS	%
Não	1208	14,5
Sim	7149	85,5
Total	8357	100,0

Questão q_16. Esta unidade oferta diretamente oferta Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para os seguintes públicos?

	Não		Sim	
	Qtidade CRAS	%	Qtidade CRAS	%
Crianças de 0 a 6 anos de idade	3129	44%	4020	56%
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	732	10%	6417	90%
Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	1140	16%	6009	84%
Jovens de 18 a 29 anos de idade	3301	46%	3848	54%
Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	2632	37%	4517	63%
Idosas(os) (60 anos ou mais)	521	7%	6628	93%

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. CRAS.

Santa Catarina, 2019

Este CRAS executa diretamente o SCFV?

Dados			
q15		Contagem de q15	%
+ Não		72	18,56%
+ Sim		316	81,44%
Total Geral		388	100,00%

Descrição	Valor		Dados	
	Não	Sim		
	Contagem de Valor	Contagem de Valor	%	%
q16_1_v10394_ Crianças de 0 a 6 anos de idade	164	152	8,65%	8,02%
q16_2_v10395_ Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	29	287	1,53%	15,14%
q16_3_v10396_ Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	85	231	4,48%	12,18%
q16_4_v10397_ Jovens de 18 a 29 anos de idade	181	135	9,55%	7,12%
q16_5_v10398_ Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	150	166	7,91%	8,76%
q16_6_v10402_ Idosas(os) (60 anos ou mais)	69	247	3,64%	13,03%
Total Geral	678	1218	35,76%	64,24%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha de dados gerais CRAS.

SCFV realizado em CRAS, Censo SUAS 2020, Resultados Nacionais

Questão q17. Este CRAS executa diretamente Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?
(Mês de referência: agosto/2020):

	Qtde. de Cras	%
Não	1881	22,4
Sim	6521	77,6
Total	8402	100,0
Missing System	1	,0
Total	8403	100,0

Questão q18. Esta unidade oferta diretamente oferta Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para os seguintes públicos?

	Não		Sim	
	Qtde. de Cras	%	Qtde. de Cras	%
Crianças de 0 a 6 anos de idade	3178	48,7%	3343	51,3%
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	938	14,4%	5583	85,6%
Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	1294	19,8%	5227	80,2%
Jovens de 18 a 29 anos de idade	3402	52,2%	3119	47,8%
Oferta SCFV- Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	2811	43,1%	3710	56,9%
Oferta SCFV- Idosas(os) (60 anos ou mais)	708	10,9%	5813	89,1%

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. CRAS.

Santa Catarina, 2020

Q 17. Este CRAS executa diretamente o SCFV?

Rótulos de Linha	
Contagem de q17 - Conversão	
+ Não	115
+ Sim	269
%	
+ Não	29,95%
+ Sim	70,05%
Total Contagem de q17 - Conversão	384
Total %	100,00%

Q18. Esta unidade oferta diretamente oferta Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para os seguintes públicos?

Rótulos de Linha	Rótulos de Coluna		Sim	
	Não		Sim	
	Contagem de Valor - Conversão	%	Contagem de Valor - Conversão	%
q18_1_v10394_Oferta SCFV- Crianças de 0 a 6 anos de idade	152	9,42%	117	7,25%
q18_2_v10395_Oferta SCFV- Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	24	1,49%	245	15,18%
q18_3_v10396_Oferta SCFV- Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	83	5,14%	186	11,52%
q18_4_v10397_Oferta SCFV- Jovens de 18 a 29 anos de idade	178	11,03%	91	5,64%
q18_5_v10398_Oferta SCFV- Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	148	9,17%	121	7,50%
q18_6_v10402_Oferta SCFV- Idosas(os) (60 anos ou mais)	60	3,72%	209	12,95%
Total Geral	645	39,96%	969	60,04%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha de dados gerais CRAS.

SCFV realizado em CRAS, Censo SUAS 2021, Santa Catarina

Q 17. Este CRAS executa diretamente o SCFV?

Rótulos de Linha	Contagem de q17	%
Não	105	27,20%
Sim	281	72,80%
Total Geral	386	100,00%

Q18. Esta unidade oferta diretamente oferta Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para os seguintes públicos?

	Rótulos de Coluna			
	Não		Sim	
Rótulos de Linha	Contagem de Valor	%	Contagem de Valor	%
q18_1	163	9,67%	118	7,00%
q18_2	23	1,36%	258	15,30%
q18_3	72	4,27%	209	12,40%
q18_4	193	11,45%	88	5,22%
q18_5	175	10,38%	106	6,29%
q18_6	86	5,10%	195	11,57%
Total Geral	712	42,23%	974	57,77%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha de dados gerais CRAS.

SCFV realizado em CRAS, Censo SUAS 2022, Resultados Nacionais

q17. Este CRAS executa diretamente Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

	Qtidade CRAS	%
Não	1500	17,5
Sim	7057	82,5
Total	8557	100,0

q18. Esta unidade oferta diretamente o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos				
	Não		Sim	
	Qtidade CRAS	%	Qtidade CRAS	%
Crianças de 0 a 6 anos de idade	3494	49,5%	3562	50,5%
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	911	12,9%	6145	87,1%
Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	1439	20,4%	5617	79,6%
Jovens de 18 a 29 anos de idade	3682	52,2%	3374	47,8%
Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	2875	40,7%	4182	59,3%
Idosas(os) (60 anos ou mais)	565	8,0%	6492	92,0%

SCFV realizado em CRAS, Censo SUAS 2022, Santa Catarina, 2022

Este CRAS executa diretamente o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

Rótulos de Linha	Contagem de q17	%
Não	93	23,72%
Sim	299	76,28%
Total Geral	392	100,00%

Rótulos de Linha	Rótulos de Coluna			
	Não		Sim	
	Contagem de Valor	%	Contagem de Valor	%
q18_1. Esta unidade oferta diretamente o SCFV para - Crianças de 0 a 6 anos de idade	177	9,87%	122	6,80%
q18_2. Esta unidade oferta diretamente o SCFV para - Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	25	1,39%	274	15,27%
q18_3. Esta unidade oferta diretamente o SCFV para - Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	101	5,63%	198	11,04%
q18_4 Esta unidade oferta diretamente o SCFV para - Jovens de 18 a 29 anos de idade	204	11,37%	95	5,30%
q18_5. Esta unidade oferta diretamente o SCFV para - Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	172	9,59%	127	7,08%
q18_6. Esta unidade oferta diretamente o SCFV para - Idosas(os) (60 anos ou mais)	84	4,68%	215	11,98%
Total Geral	763	42,53%	1031	57,47%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base na extração dos dados do Censo SUAS, planilha de dados gerais CRAS.

ANEXO C – TABELAS DO SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS, POR ANO.

PSB no Domicílio, Censo SUAS 2012, Resultados Nacionais

q52f Unidade em que é ofertado o Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas

	Sim		Não		Total	
	Quantidade de unidades	%	Quantidade de unidades	%	Quantidade de unidades	%
q52f_1_Na própria sede do órgão gestor	467	8,8	4848	91,2	5315	100,0
q52f_2_No CRAS	2650	49,9	2665	50,1	5315	100,0
q52f_3_Em outra unidade pública	486	9,1	4829	90,9	5315	100,0
q52f_4_Em entidade conveniada	353	6,6	4962	93,4	5315	100,0
q52f_5_Não realiza	1977	37,2	3338	62,8	5315	100,0

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Gestão Municipal e Distrito Federal.

PSB no Domicílio 2012, Santa Catarina

		Não		Sim	
		Total	Total - %	Total	Total - %
q52f_1	Na própria sede do órgão gestor	229	16,01%	57	3,99%
q52f_2	No CRAS	122	8,53%	164	11,47%
q52f_3	Em outra unidade pública	273	19,09%	13	0,91%
q52f_4	Em entidade conveniada	273	19,09%	13	0,91%
q52f_5	Não realiza	206	14,41%	80	5,59%
Total Geral		1103	77,13%	327	22,87%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Gestão Municipal, 2012.

PSB no Domicílio 2013

Questão53f_Unidade em que é ofertado o Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Na própria sede do órgão gestor	395	7,3%	5047	92,7%	5442	100,0%
No CRAS	2980	54,8%	2462	45,2%	5442	100,0%
Em outra unidade pública	471	8,7%	4971	91,3%	5442	100,0%
Em entidade conveniada	318	5,8%	5124	94,2%	5442	100,0%
Não realiza	1920	35,3%	3522	64,7%	5442	100,0%

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Gestão Municipal e Distrito Federal.

Unidade em que é ofertado o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com deficiência e idosas, nos municípios de Santa Catarina

Q53		Valores			
Descrição		Não Total	Q53f (%)	Sim Total	Q53f (%)
Em entidade conveniada		278	19,24%	11	0,76%
Em outra unidade pública		273	18,89%	16	1,11%
Na própria sede do órgão gestor		253	17,51%	36	2,49%
Não realiza		209	14,46%	80	5,54%
No CRAS		108	7,47%	181	12,53%
Total Geral		1.121	77,58%	324	22,42%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base nas respostas do Censo SUAS, questionário Gestão Municipal, 2013.

SPB no Domicílio, 2014, Resultados Nacionais

Questão 60.6 - Unidade em que é ofertado o Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas

	N	%
Na própria sede do órgão gestor	303	5,5
No CRAS	3024	54,8
Em outra unidade pública	498	9,0
Em entidade conveniada	264	4,8
Não realiza	2039	36,9

*N Total = 5.520

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Gestão Municipal e Distrito Federal.

Unidade em que é ofertado o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, em municípios de Santa Catarina.

Descrição da Variável	q60.6 Não Total	Valores		Sim Total	%
Serviços de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos: Em entidade conveniada	280	19,18%	12	0,82%	
Serviços de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos: Em outra unidade pública	283	19,38%	9	0,62%	
Serviços de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos: Na própria sede do órgão gestor	263	18,01%	29	1,99%	
Serviços de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos: Não realiza	209	14,32%	83	5,68%	
Serviços de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos: No CRAS	110	7,53%	182	12,47%	
Total Geral	1.145	78,42%	315	21,58%	

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base nas respostas do Censo SUAS, planilha dados gerais do questionário Gestão Municipal.

PSB no Domicílio, Censo SUAS 2017, Resultados Nacionais

Questão 47. O município oferta Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas?

	Quantidade de órgãos gestores	%
Não	2570	46,6
Sim	2941	53,4
Total	5511	100,0

Questão 48. Em que unidade e com que equipe o Serviço é ofertado?

	Quantidade de órgãos gestores	%
Na própria sede do órgão gestor, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas	35	,6
Na própria sede do órgão gestor, com equipe que realiza outras atividades	78	1,4
No CRAS, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosa	168	3,0
No CRAS, com a equipe técnica do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)	2251	40,8
No CRAS, com equipe que realiza outras atividades	311	5,6
Em outra Unidade Pública	43	,8
Em Entidade Conveniada	55	1,0
Total	2941	53,4
Sistema	2570	46,6
Total	5511	100,0

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Resultados Nacionais Gestão Municipal e Distrito Federal.

PSB no Domicílio, Censo SUAS 2017, Santa Catarina

Rótulos de Linha	Contagem de q47	%
☐ Não	104	35,25%
☐ Sim	191	64,75%
Total Geral	295	100,00%

Rótulos de Linha	Contagem de q48	%
Em Entidade Conveniada	4	2,09%
Em outra Unidade Pública	1	0,52%
Na própria sede do órgão gestor, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas	2	1,05%
Na própria sede do órgão gestor, com equipe que realiza outras atividades	8	4,19%
No CRAS, com a equipe técnica do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)	146	76,44%
No CRAS, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosa	6	3,14%
No CRAS, com equipe que realiza outras atividades	24	12,57%
(vazio)		0,00%
Total Geral	191	100,00%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base nas respostas do Censo SUAS, planilha dados gerais do questionário Gestão Municipal.

PSB no Domicílio, Censo SUAS 2018, Resultados Nacionais

q_17_ O município oferta Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas?

	Quantidade	%
Não	2963	53,5
Sim	2576	46,5
Total	5539	100,0

q_18_ Em qual(is) unidade(s) e com que equipe o Serviço é ofertado?

	Quantidade	%
Na própria sede do órgão gestor, com equipe exclusiva para o PSB no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas	35	,6
Na própria sede do órgão gestor, com equipe que realiza outras atividades	74	1,3
No CRAS, com equipe exclusiva para o Serviço de PSB no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas	143	2,6
No CRAS, com a equipe técnica do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)	1930	34,8
No CRAS, com equipe que realiza outras atividades	295	5,3
Em outra Unidade Pública	32	,6
Em Entidade ou Organização da Sociedade Civil	67	1,2
Total	2576	46,5
Missing System	2963	53,5
Total	5539	100,0

d_19. Quantas pessoas foram atendidas pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas no município, em agosto/2018

	Quantidade	%
Não soube informar	811	14,6
Nenhum	96	1,7
Até 5	528	9,5
6 a 10	368	6,6
11 a 50	613	11,1
51 a 200	138	2,5
201 a 500	12	,2
501 a 1.000	4	,1
mais de 1.000	5	,1
Total	2575	46,5
Missing System	2964	53,5
Total	5539	100,0

PSB no Domicílio, Censo SUAS 2018, Santa Catarina

Nome q_17_v13199_O município oferta Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas?

Valor	Total	Total (%)
Não	132	44,75%
Sim	163	55,25%
Total Geral	295	100,00%

Nome	q_18_v13200_Em qual(is) unidade(s) e com que equipe o Serviço é ofertado?	
------	---	---

Valor	Total	Total (%)
Em Entidade ou Organização da Sociedade Civil	3	1,84%
Na própria sede do órgão gestor, com equipe exclusiva para o PSB no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas	3	1,84%
Na própria sede do órgão gestor, com equipe que realiza outras atividades	7	4,29%
No CRAS, com a equipe técnica do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)	115	70,55%
No CRAS, com equipe exclusiva para o Serviço de PSB no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas	8	4,91%
No CRAS, com equipe que realiza outras atividades	27	16,56%
Total Geral	163	100,00%

Nome	d_19. Quantas pessoas foram atendidas pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas no município, em agosto/2018		
Valor	Contagem de Valor	%	
11 a 50	43	26,38%	
201 a 500	1	0,61%	
51 a 200	5	3,07%	
6 a 10	24	14,72%	
Até 5	35	21,47%	
Não soube informar	49	30,06%	
Nenhum	6	3,68%	
Total Geral	163	100,00%	

PSB no Domicílio, Censo SUAS 2019, Resultados Nacionais

q15_v13199_15. O município oferta Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas?

	Qnt de Secretarias Municipais	%
Não	2980	54,3
Sim	2509	45,7
Total	5489	100,0

q16_v13200_16. Em qual(is) unidade(s) e com que equipe o Serviço é ofertado?

	Qnt de Secretarias Municipais	%
Na própria sede do órgão gestor, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoa	33	0,6
Na própria sede do órgão gestor, com equipe que realiza outras atividades	62	1,1
No CRAS, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosos	153	2,8
No CRAS, com a equipe técnica do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)	1854	33,8
No CRAS, com equipe que realiza outras atividades	310	5,6
Em outra Unidade Pública	39	0,7
Em Entidade ou Organização da Sociedade Civil	58	1,1
Total	2509	45,7
Missing System	2980	54,3
Total	5489	100,0

d_17. Quantas pessoas foram atendidas pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosos no município, em agosto/2018

	Qnt de Secretarias Municipais	%
Nenhum	108	2,0
Até 5	593	10,8
6 a 10	417	7,6
11 a 50	703	12,8
51 a 200	155	2,8
201 a 500	9	0,2
501 a 1.000	3	0,1
mais de 1.000	1	0,0
Total	1989	36,2
Missing System	3500	63,8
Total	5489	100,0

PSB no Domicílio, Censo SUAS 2019, Santa Catarina

Rótulos de Linha	Total	%
O município oferta Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas?	291	100,00%
Não	127	43,64%
Sim	164	56,36%
Total Geral	291	100,00%

Atributo	q16	
Rótulos de Linha	Total	%
Em qual(is) unidade(s) e com que equipe o Serviço é ofertado?	164	100,00%
Em Entidade ou Organização da Sociedade Civil	6	3,66%
Na própria sede do órgão gestor, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoa	1	0,61%
Na própria sede do órgão gestor, com equipe que realiza outras atividades	5	3,05%
No CRAS, com a equipe técnica do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)	117	71,34%
No CRAS, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idos	8	4,88%
No CRAS, com equipe que realiza outras atividades	27	16,46%

Atributo		d_17	
Rótulos de Linha		Total	%
Quantas pessoas foram atendidas pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas no município,		134	100,00%
11 a 50		56	41,79%
51 a 200		6	4,48%
6 a 10		36	26,87%
Até 5		29	21,64%
Nenhum		7	5,22%
Total Geral		134	100,00%

Fonte: elaborado pela autora (2024) com base nas respostas do Censo SUAS, planilha dados gerais do questionário Gestão Municipal.

PSB no Domicílio, Censo SUAS 2022, Resultados Nacionais

Questão q19. O município oferta Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas?

	Qtidade Gestão Municipal	%
Não	3229	58,3
Sim	2310	41,7
Total	5539	100,0

Questão q20.1. Na própria sede do órgão gestor, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosos

	Qtidade Gestão Municipal	%
Não	2200	39,7
Sim	110	2,0
Total	2310	41,7
Missing System	3229	58,3
Total	5539	100,0

Questão q20.2. Na própria sede do órgão gestor, com equipe que realiza outras atividades

	Qtidade Gestão Municipal	%
Não	2089	37,7
Sim	221	4,0
Total	2310	41,7
Missing System	3229	58,3
Total	5539	100,0

Questão q20.3. No CRAS, com equipe exclusiva para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosos

	Qtidade Gestão Municipal	%
Não	2009	36,3
Sim	301	5,4
Total	2310	41,7
Missing System	3229	58,3
Total	5539	100,0

Questão q20.4. No CRAS, com a equipe técnica do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)

	Qtidade Gestão Municipal	%
Não	460	8,3
Sim	1850	33,4
Total	2310	41,7
Missing System	3229	58,3
Total	5539	100,0

Questão q20.5. No CRAS, com equipe que realiza outras atividades

	Qtidade Gestão Municipal	%
Não	1743	31,5
Sim	567	10,2
Total	2310	41,7
Missing System	3229	58,3
Total	5539	100,0

Questão q20.6. Em outra Unidade Pública

	Qtidade Gestão Municipal	%
Não	2226	40,2
Sim	84	1,5
Total	2310	41,7
Missing System	3229	58,3
Total	5539	100,0

Questão q20.7. Em Entidade ou Organização da Sociedade Civil

	Qtidade Gestão Municipal	%
Não	2214	40,0
Sim	96	1,7
Total	2310	41,7
Missing System	3229	58,3
Total	5539	100,0

Questão d21. Quantas pessoas foram atendidas pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas no município, em agosto/2022

	Qtidade Gestão Municipal	%
Nenhuma pessoa	155	2,8
Até 5 pessoas	495	8,9
6 a 10 pessoas	353	6,4
11 a 50 pessoas	634	11,4
51 a 200 pessoas	141	2,5
201 a 500 pessoas	12	,2
501 a 1.000 pessoas	8	,1
mais de 1.000 pessoas	2	,0
Total	1800	32,5
Missing System	3739	67,5
Total	5539	100,0

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Resultados Nacionais Gestão Municipal e Distrito Federal.

O ano de 2022 desmembrou em várias perguntas as indagações sobre equipe e local. Houve muitos erros de sistema, o que tornou inviável a extração de dados sobre Santa Catarina.

ANEXO D – TABELAS DE SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS

Tabelas dados nacionais, por ano

Censo SUAS 2012

q53c Serviço de Proteção Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias

	Sim		Não		Total	
	Quantidade de unidades	%	Quantidade de unidades	%	Quantidade de unidades	%
q53c_1_Na própria sede do órgão gestor	706	13,3	4609	86,7	5315	100,0
q53c_2_No CREAS	1530	28,8	3785	71,2	5315	100,0
q53c_3_Em outra unidade pública	627	11,8	4688	88,2	5315	100,0
q53c_4_Em entidade conveniada	808	15,2	4507	84,8	5315	100,0
q53c_5_Não realiza	2212	41,6	3103	58,4	5315	100,0

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Gestão Municipal e Distrito Federal, 2012.

Serviço de Proteção Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias - Santa Catarina.

		Não		Sim	
		Total	Total - %	Total	Total - %
q53c_1	Na própria sede do órgão gestor	187	13,08%	99	6,92%
q53c_2	No CREAS	219	15,31%	67	4,69%
q53c_3	Em outra unidade pública	249	17,41%	37	2,59%
q53c_4	Em entidade conveniada	247	17,27%	39	2,73%
q53c_5	Não realiza	210	14,69%	76	5,31%
Total Geral		1112	77,76%	318	22,24%

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Gestão Municipal, resultados nacionais, 2012.

Censo SUAS 2013

Questão55b_Total de Unidades da Rede de Proteção Social Especial de Média Complexidade

	Unidades Públicas	Unidades Não Governamentais Conveniadas	Total
CREAS	2244	Não se aplica	2244
Unidades para atendimento a pessoas em situação de rua	443	218	661
Centro Dia	59	207	266
Unidades exclusivas de acompanhamento de adolescentes em cumprimento de LA ou PSC	820	253	1073
Outras unidades de Proteção Social Especial de Média Complexidade	601	958	1559

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Gestão Municipal e Distrito Federal, 2013.

Q. 55b – Total de unidades da rede de proteção social especial de média complexidade em Santa Catarina, em 2013.

Rótulos de Linha	Total	%
Centro de Convivência - Quantidade de Unidades Não Governamentais Conveniadas	139	29,02%
Centro de Convivência_ Quantidade de Unidades Públicas	340	70,98%
Total Geral	479	100,00%

Rótulos de Linha	Total	%
Centro de Convivência - Quantidade de Unidades Não Governamentais Conveniadas	139	29,02%
Centro de Convivência_ Quantidade de Unidades Públicas	340	70,98%
Total Geral	479	100,00%

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Gestão Municipal, resultados nacionais, 2013.

Censo SUAS 2014

Questão 65 - Total de Unidades da Rede de Proteção Social Especial de Média Complexidade

	Unidades Públicas	Unidades Não Governamentais Conveniadas	Total
CREAS	2.370	Não se aplica	2.370
Unidades para atendimento a pessoas em situação de rua	425	152	577
Centro Dia	115	111	226
Unidades exclusivas de acompanhamento de adolescentes em cumprimento de MSE	834	264	1.098
Outras unidades de Proteção Social Especial de Média Complexidade	473	1.103	1.576

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Gestão Municipal e Distrito Federal, 2014.

Santa Catarina

Rótulos de Linha	Total	%
Centro Dia - Total de Unidades	3	0,66%
Centro Dia - Unidades Não Governamentais Conveniadas	2	0,44%
Centro Dia - Unidades Públicas	1	0,22%
CREAS	100	21,93%
Outras Unidades de Proteção Social Especial de Média Complexidade - Total de Unidades	75	16,45%
Outras unidades de Proteção Social Especial de Média Complexidade - Unidades Não Governamentais Conveniadas	56	12,28%
Outras unidades de Proteção Social Especial de Média Complexidade - Unidades Públicas	19	4,17%
Unidade para atendimento a pessoas em situação de rua - Total de Unidades	27	5,92%
Unidades Exclusivas de Acompanhamento de Adolescentes em Cumprimento de MSE - Total de Unidades	73	16,01%
Unidades exclusivas de acompanhamento de adolescentes em cumprimento de MSE - Unidades Não Governamentais Conveniadas	11	2,41%
Unidades exclusivas de acompanhamento de adolescentes em cumprimento de MSE - Unidades Públicas	62	13,60%
Unidades para atendimento a pessoas em situação de rua - Unidades Não Governamentais Conveniadas	9	1,97%
Unidades para atendimento a pessoas em situação de rua - Unidades Públicas	18	3,95%
Total Geral	456	100,00%

Rótulos de Linha	Total
Centro Dia - Total de Unidades	3
Centro Dia - Unidades Não Governamentais Conveniadas	2
Centro Dia - Unidades Públicas	1

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Gestão Municipal, resultados nacionais, 2014.

Não governamentais: 1 em Araranguá, 1 em Joinville; Governamental, 1 em São Joaquim.

2015

q6_Indique a Natureza desta Unidade:

	N	%
Governamental	95	7,1
Não-Governamental	1245	92,9
Total	1340	100,0

q34_Número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de Agosto de 2015

	Média	Soma
q34_1_Pessoas com dependência atendidas_Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	20	25774
q34_2_Pessoas com dependência atendidas_Crianças de 7 a 14 anos, com deficiência	35	45471
q34_3_Pessoas com dependência atendidas_Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	15	18971
q34_4_Pessoas com dependência atendidas_Adultos (18 a 59 anos) com deficiênciaA3702:A3703	51	65968
q34_5_Pessoas com dependência atendidas_Idosos (60 anos ou mais) com deficiência;	6	8117
q34_6_Pessoas com dependência atendidas_Idosos (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	3	4048
q34_7_Pessoas com dependência atendidas_Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de Agosto de 2015	128	166530

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Centro Dia, 2015.

Santa Catarina, natureza da unidade, por faixa etária e número de pessoas atendidas

Município (Tudo)

Rótulos de Linha v	Rótulos de Coluna v			
	Governamental		Não-Governamental	
	Soma de Valor	% do total geral	Soma de Valor	% do total geral
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	0	0,00%	320	9,16%
Adultos (18 a 59 anos) com deficiência	3	0,09%	1953	55,91%
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	0	0,00%	524	15,00%
Crianças de 7 a 14 anos, com deficiência	0	0,00%	543	15,55%
Idosos (60 anos ou mais) com deficiência;	0	0,00%	144	4,12%
Idosos (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	0	0,00%	6	0,17%
Total Geral	3	0,09%	3490	99,91%

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Centro Dia, resultados nacionais, 2015.

2016

q4. Indique a Natureza desta Unidade:

	N	%
Governamental	109	8,1
Não-Governamental	1236	91,9
Total	1345	100,0

q25. Número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de Agosto de 2016

	Média	Soma
q25.1. Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	19	25911
q25.2. Crianças de 7 a 14 anos, com deficiência	34	45021
q25.3. Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	14	18754
q25.4. Adultos (18 a 59 anos) com deficiência	49	66251
q25.5. Idosos (60 anos ou mais) com deficiência;	6	7883
q25.6. Idosos (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	4	5268
q25.7. Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de Agosto de 2016	133	171345

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Centro Dia, 2016.

Número de pessoas atendidas durante o mês de agosto de 2016, em Santa Catarina

Município (Tudo)

Rótulos de Linha	Soma de Valor	% do total
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	192,00	8,95%
Adultos (18 a 59 anos) com deficiência	1.289,00	60,07%
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	277,00	12,91%
Crianças de 7 a 14 anos, com deficiência	296,00	13,79%
Idosos (60 anos ou mais) com deficiência;	91,00	4,24%
Idosos (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	1,00	0,05%
Total Geral	2.146,00	100,00%

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Centro Dia, resultados nacionais, 2016.

2018

Questão q_4_ Indique a Natureza desta Unidade: - Centro Dia Municipais

	Qtde Centro Dia	%
Governamental	123	7,5
Não Governamental/Organização da Sociedade Civil	1517	92,5
Total	1640	100,0

Questão q_2. Indique o Público atendido nesta Unidade - Centro Dia Municipais

	Qtde respostas	%
351 - Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias	1310	35%
352 - Adultos com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias	1347	36%
353 - Idosos com deficiência e suas famílias	801	21%
354 - Idosos com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias	294	8%
Total de Centro Dia que responderam à questão: 1640		

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Centro Dia, 2018.

Centro-Dia em Santa Catarina, natureza e quantidade por público atendido

Município	(Tudo)	
Contagem de q_4	Rótulos de Coluna	
Rótulos de Linha	Governamental	Não Governamental
Adultos com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias	1	23
Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias		21
Idosos com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias		1
Idosos com deficiência e suas famílias		19
Total Geral	1	64

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Centro Dia, resultados nacionais, 2018.

O Centro Dia Governamental é em São João do Oeste

Questão q_4_Indique a Natureza desta Unidade: - Centro Dia Estaduais

	Qtde Centro Dia	%
Governamental	1	100,0

Questão q_2. Indique o Público atendido nesta Unidade - Centro Dia Estaduais

	Qtde respostas	%
353 - Idosos com deficiência e suas famílias	1	50%
354 - Idosos com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias	1	50%
Total de Centro Dia que responderam à questão: 1		

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Centro Dia, 2018.

O Centro Dia estadual, que consta nos dados nacionais, não é em Santa Catarina

Questão q_1_ Dados provenientes da gestão estadual ou municipal - Centro Dia Municipais

	Qtde Centro Dia	%
MUNICIPAL	1664	100,0

Questão q_1_ Dados provenientes da gestão estadual ou municipal - Centro Dia Estaduais

	Qtde Centro Dia	%
ESTADUAL	2	100,0

Questão q_4_ Indique a Natureza desta Unidade: - Centro Dia Municipais

	Qtde Centro Dia	%
Governamental	118	7,1
Não-Governamental/Organização da Sociedade Civil	1546	92,9
Total	1664	100,0

Questão q_4_ Indique a Natureza desta Unidade: - Centro Dia Estaduais

	Qtde Centro Dia	%
Governamental	2	100,0

Questão q_2. Indique o Público atendido nesta Unidade - Centro Dia Municipais

	Qtde Centro Dia	%
Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias	1304	34,2%
Adultos com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias	1385	36,3%
Idosos com deficiência e suas famílias	828	21,7%
Idosos com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias	301	7,9%
Total	3818	100,0%

Questão q_2. Indique o Público atendido nesta Unidade - Centro Dia Estaduais

	Qtde Centro Dia	%
Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias	1	25,0%
Adultos com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias	1	25,0%
Idosos com deficiência e suas famílias	1	25,0%
Idosos com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias	1	25,0%
Total	4	100,0%

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Centro Dia, 2019.

Centro Dia em Santa Catarina, quantidades por natureza e por público atendido

q0_8		(Tudo)	
Contagem de q4		Rótulos de Coluna	
Rótulos de Linha		Governamental	Não-Governamental
Adultos com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias		1	18
Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias			16
Idosos com deficiência e suas famílias			16
Total Geral		1	50

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Centro Dia, resultados nacionais, 2019.

2020

Questão q1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal

	Qtde. de Centro dia	%
MUNICIPAL	1840	100,0

Questão q2. Indique o Público atendido nesta Unidade

	Qtde. de Respostas	%
Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de	1460	33,7%
Adultas(os) com deficiência e com algum grau de dependên	1540	35,5%
Idosas(os) com deficiência e suas famílias	972	22,4%
Idosas(os) com algum grau de dependência (sem deficiênci	363	8,4%

Total de Unidades de Centro Dia que repsonderam à questão: 1840

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Centro Dia, 2020.

2021

1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: *(marcação do sistema)*

☐ Estadual ☐ Municipal/Distrital

4. Indique a Natureza desta Unidade: *(marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)*

☐ Governamental *(pule para questão 10)*
☐ Não Governamental/ Organização da Sociedade Civil.

2. Indique o Público atendido nesta Unidade: *(marcação múltipla – caso necessário, atualize no CADSUAS)*

☐ Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;
☐ Adultas(os) com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;
☐ Idosas(os) com deficiência e suas famílias;
☐ Idosas(os) com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Centro Dia, 2021.

Natureza da Unidade Centro Dia. Santa Catarina, 2021.

q0_8 (Tudo)

Contagem de q4	q4		
Atributo	Governamental	Não-Governamental	Total Geral
q2_351		32	32
q2_352	1	35	36
q2_353		32	32
q2_354	1	6	7
Total Geral	2	105	107

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Centro Dia, resultados nacionais, 2021.

2022

q1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal

	Qtde Centro Dia	%
MUNICIPAL	1919	100,0

q2. Indique o Público atendido nesta Unidade

	Qtde respostas	%
Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias	1509	33,1%
Adultas(os) com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias	1615	35,5%
Idosas(os) com deficiência e suas famílias	1050	23,1%
Idosas(os) com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias	379	8,3%

Total de Centro Dia que responderam à questão: 1919

q4_Indique a Natureza desta Unidade::

	Qtde Centro Dia	%
Governamental	141	7,3
Não-Governamental/Organização da Sociedade Civil	1778	92,7
Total	1919	100,0

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Centro Dia, 2022.

q0_8 (Tudo) 

Soma de q4	Rótulos de Coluna 	
Rótulos de Linha 	0	1
q2_351		29
q2_352	0	31
q2_353		29
q2_354	0	7
Total Geral	0	96

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Centro Dia, resultados nacionais, 2022.

ANEXO E – TABELAS DA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

2012

q1_Indique o Público atendido nesta Unidade de Acolhimento

	Quantidade de unidades	%
Crianças/adolescentes	2329	53,4
Jovens egressos de serviços de acolhimento	18	,4
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	31	,7
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	82	1,9
Adultos e famílias em situação de rua e/ou migrantes	390	8,9
Famílias desabrigadas/desalojadas	12	,3
Mulheres em situação de violência	74	1,7
Pessoas Idosas	1227	28,1
Usuários de substância psicoativas*	60	1,4
Pessoa com deficiência sem critério de idade*	41	,9
Outro	96	2,2
Total	4360	100,0

q2_Indique o tipo de Unidade

	Quantidade de unidades	%
Abrigo Institucional	3024	69,4
Casa Lar	696	16,0
Casa Lar em Aldeia	65	1,5
Casa de Passagem	327	7,5
República	47	1,1
Residência Inclusiva	39	,9
Outra	162	3,7
Total	4360	100,0

q4_Indique a Natureza desta Unidade

	Quantidade de unidades	%
Não Governamental	2897	66,4
Governamental Municipal ou do Distrito Federal	1388	31,8
Governamental Estadual	75	1,7
Total	4360	100,0

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Acolhimento, 2012.

2013

Cruzamento UF _ Público atendido nesta Unidade de Acolhimento X UF

UF	Questão 1_ Público atendido nesta Unidade de Acolhimento:										Total
	Crianças/ adolescentes	Jovens egressos de serviços de acolhimento	Exclusivamente crianças/ adolescente com Deficiência	Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	Adultos e famílias em situação de rua e/ou migrantes	Famílias desabrigadas/desalojadas	Mulheres em situação de violência	Pessoas Idosas	Substâncias psicoativas	Outro	
AC	6	0	0	0	1	0	2	1	0	0	10
AL	19	0	0	0	1	0	1	11	0	0	32
AM	9	0	2	1	3	0	2	2	3	0	22
AP	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4
BA	92	1	0	3	12	0	1	68	3	1	181
CE	52	0	0	2	7	0	2	13	1	1	78
DF	23	2	2	5	6	0	0	7	2	3	50
ES	85	0	1	4	11	3	2	34	0	0	140
GO	40	1	1	5	7	0	1	46	2	0	103
MA	21	0	0	1	3	0	0	5	0	1	31
MG	316	3	12	56	48	5	3	231	4	1	679
MS	78	1	1	7	17	0	2	44	0	0	150
MT	57	1	0	1	12	0	4	23	0	0	98
PA	52	0	0	0	7	0	4	11	0	0	74
PB	12	0	0	1	4	0	0	3	0	0	20
PE	45	1	1	2	8	1	1	21	2	1	83
PI	1	0	0	0	1	0	0	3	0	0	5
PR	306	1	4	13	44	2	12	126	4	2	514
RJ	146	1	4	7	32	0	3	48	5	2	248
RN	11	0	0	0	3	0	1	15	0	0	30
RO	24	1	0	0	2	0	2	2	0	0	31
RR	4	0	0	0	1	0	1	2	0	0	8
RS	248	1	4	6	31	0	11	58	0	2	361
SC	113	1	1	5	22	1	9	26	0	0	178
SE	18	0	0	0	1	0	1	3	0	0	23
SP	638	6	4	31	179	7	25	353	3	2	1248
TO	9	0	0	2	0	0	0	10	1	0	22
Total	2427	21	37	152	463	19	91	1167	30	16	4423

Cruzamento Tipo Unidade _ Público atendido nesta Unidade de Acolhimento X Tipo de Unidade

Público atendido	Questão 2_ Indique o tipo de Unidade							Total
	Abrigo Institucional	Casa Lar	Casa Lar em Aldeia	Casa de Passagem	República	Residência Inclusiva	Outra	
Crianças/adolescentes	1604	577	46	162	0	5	33	2427
Jovens egressos de serviços de acolhimento	8	2	0	0	10	0	1	21
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	21	6	0	0	0	4	6	37
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	46	42	0	3	2	44	15	152
Adultos e famílias em situação de rua e/ou migrantes	244	4	0	169	20	2	24	463
Famílias desabrigadas/desalojadas	12	3	0	2	0	0	2	19
Mulheres em situação de violência	76	0	0	13	0	0	2	91
Pessoas Idosas	1011	107	9	6	12	3	19	1167
Substâncias psicoativas	12	0	0	1	0	0	17	30
Outro	9	1	0	1	2	0	3	16
Total	3043	742	55	357	46	58	122	4423

Cruzamento Natureza Unidade _ Público atendido nesta Unidade de Acolhimento X Natureza desta Unidade

Público atendido	Questão 4_ Indique a Natureza desta Unidade			Total
	Não Governamental	Governamental Municipal ou do Distrito Federal	Governamental Estadual	
Crianças/adolescentes	1253	1146	28	2427
Jovens egressos de serviços de acolhimento	17	4	0	21
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	35	2	0	37
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	131	10	11	152
Adultos e famílias em situação de rua e/ou migrantes	295	165	3	463
Famílias desabrigadas/desalojadas	10	9	0	19
Mulheres em situação de violência	35	44	12	91
Pessoas Idosas	1041	116	10	1167
Substâncias psicoativas	26	3	1	30
Outro	15	1	0	16
Total	2858	1500	65	4423

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Acolhimento, 2013.

2014

Questão 2_Indique o Público atendido nesta Unidade de Acolhimento:

Público atendido	Quantidade de Unidades	%
Crianças adolescentes	2748	53,0
Jovens egressos de serviços de acolhimento	39	0,8
Exclusivamente crianças adolescente com Deficiência	43	0,8
Exclusivamente para pessoas adultas com Deficiência	198	3,8
Adultos e famílias em situação de rua e ou migrantes	595	11,5
Famílias desabrigadas desalojadas	12	0,2
Mulheres em situação de violência	98	1,9
Pessoas Idosas	1451	28,0
Total	5184	100,0

Cruzamento UF _ Público atendido nesta Unidade de Acolhimento X UF

UF	Questão 2_Indique o Público atendido nesta Unidade de Acolhimento:								Total
	Crianças adolescentes	Jovens egressos de serviços de acolhimento	Exclusivamente crianças adolescente com Deficiência	Exclusivamente para pessoas adultas com Deficiência	Adultos e famílias em situação de rua e ou migrantes	Famílias desabrigadas desalojadas	Mulheres em situação de violência	Pessoas Idosas	
RO	33	0	0	0	2	0	2	3	40
AC	8	0	0	0	1	0	2	2	13
AM	10	0	1	2	7	0	2	2	24
RR	4	0	0	0	1	0	1	2	8
PA	57	0	1	1	10	0	4	13	86
AP	6	0	0	0	0	0	1	1	8
TO	11	1	0	0	0	0	0	12	24
MA	31	0	0	7	6	0	0	6	50
PI	6	0	0	0	2	0	0	3	11
CE	61	0	0	2	12	0	2	21	98
RN	14	0	0	0	3	0	0	17	34
PB	19	0	0	3	4	0	0	4	30
PE	61	1	2	2	9	1	1	26	103
AL	21	0	0	0	1	0	1	12	35
SE	22	1	0	0	2	0	2	3	30
BA	102	3	3	5	15	0	4	88	220
MG	387	8	14	67	71	3	5	299	854
ES	90	3	2	4	11	1	2	36	149
RJ	161	4	4	10	32	2	5	70	288
SP	697	11	4	47	232	2	24	431	1448
PR	314	1	4	19	55	0	11	141	545
SC	125	0	0	6	24	0	9	33	197
RS	275	1	3	5	40	0	11	68	403
MS	83	1	2	5	21	1	2	46	161
MT	65	0	0	1	14	0	4	29	113
GO	57	4	1	7	8	2	2	75	156
DF	28	0	2	5	12	0	1	8	56
Total	2748	39	43	198	595	12	98	1451	5184

Cruzamento Tipo Unidade _ Público atendido nesta Unidade de Acolhimento X Tipo de Unidade

Público atendido	Questão 3_ Indique o tipo de Unidade							Total
	Abrigo Institucional	Casa Lar	Casa Lar em Aldeia	Casa de Passagem	República	Residência Inclusiva	Outra	
Crianças adolescentes	2061	493	43	95	0	0	52	2744
Jovens egressos de serviços de acolhimento	17	2	0	1	15	0	4	39
Exclusivamente crianças adolescente com Deficiência	29	7	0	0	0	2	5	43
Exclusivamente para pessoas adultas com Deficiência	73	49	0	3	1	62	9	197
Adultos e famílias em situação de rua e ou migrantes	356	6	0	179	18	1	35	595
Famílias desabrigadas desalojadas	6	0	0	1	0	0	5	12
Mulheres em situação de violência	90	0	0	6	0	0	2	98
Pessoas Idosas	1304	94	5	1	10	2	35	1451
Total	3936	651	48	286	44	67	147	5179

Cruzamento Natureza Unidade _ Público atendido nesta Unidade de Acolhimento X Natureza desta Unidade

Público atendido	Questão 5_ Indique a Natureza desta Unidade		Total
	Governamental	Não Governamental	
Crianças adolescentes	1340	1408	2748
Jovens egressos de serviços de acolhimento	4	35	39
Exclusivamente crianças adolescente com Deficiência	2	41	43
Exclusivamente para pessoas adultas com Deficiência	38	160	198
Adultos e famílias em situação de rua e ou migrantes	197	398	595
Famílias desabrigadas desalojadas	4	8	12
Mulheres em situação de violência	62	36	98
Pessoas Idosas	153	1298	1451
Total	1800	3384	5184

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Acolhimento, 2014.

Santa Catarina, 2014

Rótulos de Linha		Rótulos de Coluna			
		Governamental		Não Governamental	
		Contagem de q2	% de q2	Contagem de q2	% de q2
☒	Adultos e famílias em situação de rua e ou migrantes	14	7,11%	10	5,08%
	Abrigo Institucional	7	3,55%	6	3,05%
	Casa de Passagem	7	3,55%	3	1,52%
	República		0,00%	1	0,51%
☒	Crianças adolescentes	77	39,09%	48	24,37%
	Abrigo Institucional	60	30,46%	39	19,80%
	Casa de Passagem	1	0,51%		0,00%
	Casa Lar	13	6,60%	8	4,06%
	Casa Lar em Aldeia		0,00%	1	0,51%
	Outra	3	1,52%		0,00%
☒	Exclusivamente para pessoas adultas com Deficiência	1	0,51%	5	2,54%
	Abrigo Institucional	1	0,51%	4	2,03%
	Residência Inclusiva		0,00%	1	0,51%
☒	Mulheres em situação de violência	7	3,55%	2	1,02%
	Abrigo Institucional	6	3,05%	2	1,02%
	Casa de Passagem	1	0,51%		0,00%
☒	Pessoas Idosas	3	1,52%	30	15,23%
	Abrigo Institucional	2	1,02%	28	14,21%
	Casa Lar	1	0,51%	1	0,51%
	Outra		0,00%	1	0,51%
Total Geral		102	51,78%	95	48,22%

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Acolhimento, resultados nacionais, 2014.

Quantidade de unidades por UF

	Qtd	%
RO	40	,7
AC	15	,3
AM	28	,5
RR	8	,1
PA	94	1,7
AP	8	,1
TO	25	,5
MA	60	1,1
PI	15	,3
CE	96	1,7
RN	40	,7
PB	42	,8
PE	122	2,2
AL	39	,7
SE	42	,8
BA	241	4,3
MG	924	16,6
ES	161	2,9
RJ	322	5,8
SP	1512	27,2
PR	559	10,1
SC	238	4,3
RS	431	7,8
MS	172	3,1
MT	125	2,3
GO	150	2,7
DF	45	,8
Total	5554	100,0

q1_Dados provenientes da gestão estadual ou municipal (esfera)

Público	Estadual	Municipal	Total
Crianças/adolescentes	22	2896	2918
Jovens egressos de serviços de acolhimento	1	29	30
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	5	31	36
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	56	185	241
Adultos e famílias em situação de rua e/ou migrantes	4	659	663
Famílias desabrigadas/desalojadas	0	16	16
Mulheres em situação de violência	11	81	92
Pessoas Idosas	8	1550	1558
Total	107	5447	5554

q2_Indique o principal público atendido nesta Unidade de Acolhimento por UF

UF	Crianças/ adolescentes	Jovens egressos de serviços de acolhimento	Exclusivamente crianças/ adolescente com Deficiência	Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	Adultos e famílias em situação de rua e/ou migrantes	Famílias desabrigadas/ desalojadas	Mulheres em situação de violência	Pessoas Idosas	Total
RO	34	0	0	0	2	0	2	2	40
AC	9	0	0	0	1	0	2	3	15
AM	17	0	1	1	7	0	0	2	28
RR	4	0	0	0	1	0	1	2	8
PA	61	0	2	1	10	0	5	15	94
AP	6	0	0	0	0	0	1	1	8
TO	13	0	0	0	1	0	0	11	25
MA	37	0	0	10	8	0	0	5	60
PI	9	0	0	0	2	0	0	4	15
CE	54	0	0	3	13	0	1	25	96
RN	17	0	0	1	3	0	1	18	40
PB	24	0	0	3	7	0	0	8	42
PE	69	1	2	8	12	1	1	28	122
AL	25	0	0	0	2	0	1	11	39
SE	34	1	0	0	2	0	2	3	42
BA	106	1	1	7	24	0	2	100	241
MG	404	6	10	70	87	4	5	338	924
ES	97	2	1	7	13	1	2	38	161
RJ	180	0	3	13	38	1	5	82	322
SP	716	12	5	56	251	2	22	448	1512
PR	317	1	4	23	59	1	10	144	559
SC	159	0	0	5	30	2	9	33	238
RS	289	1	3	11	36	0	12	79	431
MS	87	1	1	9	21	2	2	49	172
MT	72	0	0	2	16	0	4	31	125
GO	58	4	1	6	7	2	1	71	150
DF	20	0	2	5	10	0	1	7	45
Total	2918	30	36	241	663	16	92	1558	5554

q3_Indique o tipo de Unidade

	Abrigo Institucional	Casa Lar	Casa Lar em Aldeia	Casa de Passageiro	República	Residência Inclusiva	Programa/Serviço de Família Acolhedora	Outra	Total
Crianças/adolescentes	1909	693	48	109	0	0	133	23	2915
Jovens egressos de serviços de acolhimento	3	4	0	1	16	0	0	6	30
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	19	8	0	1	0	1	0	7	36
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	60	48	0	1	0	122	0	10	241
Adultos e famílias em situação de rua e/ou migrantes	357	6	0	218	35	2	0	44	662
Famílias desabrigadas/desalojadas	8	0	0	4	0	0	0	4	16
Mulheres em situação de violência	75	1	0	11	0	0	0	5	92
Pessoas Idosas	1389	116	12	4	11	0	1	25	1558
Total	3820	876	60	349	62	125	134	124	5550

q5_Natureza da unidade por esfera e público

Público	Estadual		Municipal		Total
	Não Governamental	Governamental	Não Governamental	Governamental	
Crianças/adolescentes	6	16	1374	1522	2918
Jovens egressos de serviços de acolhimento	1	0	26	3	30
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	4	1	31	0	36
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	40	16	139	46	241
Adultos e famílias em situação de rua e/ou migrantes	0	4	436	223	663
Famílias desabrigadas/desalojadas	0	0	12	4	16
Mulheres em situação de violência	0	11	35	46	92
Pessoas Idosas	0	8	1394	156	1558
Total	51	56	3447	2000	5554

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Acolhimento, 2015.

Quantidade de unidades por UF

	Qtd	%
RO	43	0,7
AC	16	0,3
AM	27	0,5
RR	8	0,1
PA	96	1,7
AP	8	0,1
TO	26	0,4
MA	63	1,1
PI	20	0,3
CE	104	1,8
RN	40	0,7
PB	44	0,8
PE	124	2,1
AL	47	0,8
SE	45	0,8
BA	261	4,5
MG	949	16,4
ES	167	2,9
RJ	359	6,2
SP	1586	27,4
PR	560	9,7
SC	252	4,4
RS	441	7,6
MS	173	3,0
MT	126	2,2
GO	156	2,7
DF	40	0,7
Total	5781	100,0

q2_1_Dados provenientes da gestão estadual ou municipal (esfera)

Público	Estadual	Municipal	Total
Crianças/adolescentes	23	2975	2998
Jovens egressos de serviços de acolhimento	0	27	27
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	8	27	35
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	56	202	258
Adultos e famílias	4	701	705
Mulheres em situação de violência	11	80	91
Pessoas Idosas	7	1660	1667
Total	109	5672	5781

q2_1_Indique o principal público atendido nesta Unidade de Acolhimento por UF

UF	Crianças/adolescentes	Jovens egressos de serviços de acolhimento	Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	Adultos e famílias	Mulheres em situação de violência	Pessoas Idosas	Total
RO	35	0	0	0	3	3	2	43
AC	10	0	0	0	1	1	4	16
AM	18	0	1	1	4	0	3	27
RR	4	0	0	0	1	1	2	8
PA	65	0	1	1	10	5	14	96
AP	6	0	0	0	0	1	1	8
TO	15	0	0	0	1	0	10	26
MA	39	0	0	10	8	1	5	63
PI	14	0	0	0	2	0	4	20
CE	62	1	0	3	14	1	23	104
RN	19	0	0	1	3	1	16	40
PB	26	1	0	3	6	0	8	44
PE	73	0	2	8	13	1	27	124
AL	27	0	0	1	6	1	12	47
SE	37	1	0	0	3	1	3	45
BA	109	3	0	8	27	3	111	261
MG	404	2	13	65	87	5	373	949
ES	96	3	0	10	18	1	39	167
RJ	190	2	4	20	43	4	96	359
SP	733	11	4	68	263	24	483	1586
PR	311	1	3	23	67	9	146	560
SC	177	0	1	6	28	9	31	252
RS	289	1	3	11	36	13	88	441
MS	87	1	1	10	24	1	49	173
MT	75	0	0	2	15	4	30	126
GO	59	0	1	3	11	1	81	156
DF	18	0	1	4	11	0	6	40
Total	2998	27	35	258	705	91	1667	5781

Público atendido por tipo de unidade

	Crianças/adolescentes	Jovens egressos de serviços de acolhimento	Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	Adultos e famílias	Mulheres em situação de violência	Pessoas Idosas	Total
Abrigo institucional	2041	1	22	68	0	84	1	2217
Casa-lar	748	0	9	30	1	0	78	866
Família Acolhedora	167	0	0	0	0	0	0	167
Outros	42	3	4	5	48	7	11	120
República	0	0	0	0	0	0	12	12
República para Jovens	0	23	0	0	0	0	0	23
Residência Inclusiva	0	0	0	155	0	0	1	156
Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua	0	0	0	0	512	0	0	512
República para adultos em processo de saída das ruas	0	0	0	0	36	0	0	36
Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiados	0	0	0	0	57	0	0	57
Abrigo para famílias desabrigadas/desalojadas vítimas de desastres	0	0	0	0	18	0	0	18
Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI)	0	0	0	0	0	0	1564	1564
Casa de Apoio	0	0	0	0	33	0	0	33
Total	2998	27	35	258	705	91	1667	5781

Natureza da unidade por esfera e público					
Público	Estadual		Municipal		Total
	Não Governamental	Governamental	Não Governamental	Governamental	
Crianças/adolescentes	6	17	1390	1585	2998
Jovens egressos de serviços de acolhimento	0	0	23	4	27
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	6	2	26	1	35
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	40	16	161	41	258
Adultos e famílias	0	4	473	228	705
Mulheres em situação de violência	0	11	34	46	91
Pessoas Idosas	0	7	1494	166	1667
Total	52	57	3601	2071	5781

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Acolhimento, 2016.

Santa Catarina, natureza da unidade e público atendido, 2016

Contagem de q4	Rótulos de Coluna		Total Geral
Rótulos de Linha	Governamental	Não Governamental	
☒ Adultos e famílias	13	15	28
☒ Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiados	1	1	2
☒ Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua	10	13	23
☒ Casa de Apoio		1	1
☒ Outros	2		2
☒ Crianças/adolescentes	129	48	177
☒ Abrigo institucional	66	35	101
☒ Casa-lar	14	11	25
☒ Família Acolhedora	48	1	49
☒ Outros	1	1	2
☒ Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência		1	1
☒ Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	1	5	6
☒ Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	6	3	9
☒ Abrigo institucional	5	3	8
☒ Outros	1		1
☒ Pessoas Idosas	3	28	31
☒ Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI)	1	27	28
☒ Casa-lar	1	1	2
☒ Outros	1		1
Total Geral	152	100	252

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Acolhimento, resultados nacionais, 2016.

2017

Quantidade de unidades por UF		
	Qtd	%
RO	44	0,8%
AC	16	0,3%
AM	27	0,5%
RR	8	0,1%
PA	97	1,7%
AP	8	0,1%
TO	22	0,4%
MA	58	1,0%
PI	13	0,2%
CE	101	1,8%
RN	37	0,7%
PB	45	0,8%
PE	128	2,3%
AL	45	0,8%
SE	43	0,8%
BA	235	4,2%
MG	950	17,0%
ES	161	2,9%
RJ	320	5,7%
SP	1562	27,9%
PR	539	9,6%
SC	201	3,6%
RS	438	7,8%
MS	161	2,9%
MT	133	2,4%
GO	161	2,9%
DF	36	0,6%
Total	5589	100,0%

UF	Crianças/ adolescentes	Jovens egressos de serviços de acolhimento	Exclusivamente crianças/ adolescente com Deficiência	Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	Adultos e famílias	Mulheres em situação de violência	Pessoas Idosas	Total
RO	36	0	0	0	3	3	2	44
AC	8	0	0	0	2	2	4	16
AM	17	0	1	1	5	0	3	27
RR	4	0	0	0	1	1	2	8
PA	65	0	1	1	9	5	16	97
AP	6	0	0	0	0	1	1	8
TO	12	0	0	0	1	0	9	22
MA	38	0	0	9	6	0	5	58
PI	7	0	0	0	2	0	4	13
CE	61	1	0	1	15	1	22	101
RN	15	0	0	1	3	1	17	37
PB	30	0	0	2	4	0	9	45
PE	76	0	2	8	11	1	30	128
AL	25	0	0	2	5	1	12	45
SE	36	0	0	0	2	1	4	43
BA	95	3	1	6	22	3	105	235
MG	393	3	8	67	73	2	404	950
ES	93	3	0	9	17	0	39	161
RJ	157	0	4	17	40	5	97	320
SP	694	13	4	69	268	24	490	1562
PR	293	2	4	23	62	9	146	539
SC	125	0	1	6	25	9	35	201
RS	281	1	3	11	37	13	92	438
MS	81	0	1	10	20	2	47	161
MT	79	0	0	2	15	3	34	133
GO	56	0	2	5	8	2	88	161
DF	18	0	1	4	8	0	5	36
Total	2801	26	33	254	664	89	1722	5589

Público atendido por tipo de unidade

	Crianças/ adolescentes	Jovens egressos de serviços de acolhimento	Exclusivamente crianças/ adolescente com Deficiência	Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	Adultos e famílias	Mulheres em situação de violência	Pessoas Idosas	Total
Abrigo institucional	2029	0	23	68	0	85	0	2205
Casa-lar	738	0	5	0	0	0	87	830
Outros	27	1	5	35	49	4	10	131
República	0	0	0	0	0	0	15	15
República para Jovens	0	25	0	0	0	0	0	25
Residência Inclusiva	0	0	0	151	0	0	0	151
Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua	0	0	0	0	486	0	0	486
República para adultos em processo de saída das ruas	0	0	0	0	33	0	0	33
Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiados	0	0	0	0	58	0	0	58
Abrigo para famílias desabrigadas/desalojadas vítimas de desastres	0	0	0	0	14	0	0	14
Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI)	0	0	0	0	0	0	1610	1610
Casa de Apoio	7	0	0	0	24	0	0	31
Total	2801	26	33	254	664	89	1722	5589

q3_Natureza da unidade			
	Não Governamental	Governamental	Total
Crianças/adolescentes	1328	1473	2801
Jovens egressos de serviços de acolhimento	23	3	26
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	30	3	33
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	197	57	254
Adultos e famílias	421	243	664
Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	30	59	89
Pessoas Idosas	1538	184	1722
Total	3567	2022	5589

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Acolhimento, 2017.

Santa Catarina, 2017

Rótulos de Linha	Rótulos de Coluna				Total Contagem de q1.1	Total % q1.1
	Governamental		Não Governamental			
	Contagem de q1.1	% q1.1	Contagem de q1.1	% q1.1		
[-] Adultos e famílias	14	6,97%	11	5,47%	25	12,44%
[-] Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiados	1	0,50%	1	0,50%	2	1,00%
[+] Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua	11	5,47%	8	3,98%	19	9,45%
[+] Casa de Apoio		0,00%	1	0,50%	1	0,50%
[+] Outros	2	1,00%		0,00%	2	1,00%
[+] República para adultos em processo de saída das ruas		0,00%	1	0,50%	1	0,50%
[+] Crianças/adolescentes	77	38,31%	48	23,88%	125	62,19%
[+] Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência		0,00%	1	0,50%	1	0,50%
[-] Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	1	0,50%	5	2,49%	6	2,99%
[+] Abrigo institucional	1	0,50%	2	1,00%	3	1,49%
[+] Outros		0,00%	1	0,50%	1	0,50%
[+] Residência Inclusiva		0,00%	2	1,00%	2	1,00%
[+] Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	6	2,99%	3	1,49%	9	4,48%
[-] Pessoas Idosas	3	1,49%	32	15,92%	35	17,41%
[-] Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI)	1	0,50%	31	15,42%	32	15,92%
[+] Casa-lar	2	1,00%	1	0,50%	3	1,49%
Total Geral	101	50,25%	100	49,75%	201	100,00%

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Acolhimento, resultados nacionais, 2017.

2018

	Qtde Unidade de Acolhimento Municipal	%
Rondonia	45	1%
Acre	14	0%
Amazonas	28	0%
Roraima	2	0%
Pará	91	2%
Amapá	5	0%
Tocantins	24	0%
Maranhão	60	1%
Piauí	13	0%
Ceará	90	2%
Rio Grande do Norte	40	1%
Paraíba	41	1%
Pernambuco	124	2%
Alagoas	49	1%
Sergipe	45	1%
Bahia	229	4%
Minas gerais	933	16%
Espírito Santo	165	3%
Rio de Janeiro	325	6%
São Paulo	1623	29%
Paraná	551	10%
Santa Catarina	208	4%
Rio Grande do Sul	451	8%
Mato Grosso do Sul	158	3%
Mato Grosso	132	2%
Goiás	185	3%
Distrito Federal	34	1%
Total	5665	100%

Público Atendido por Unidade da Federação - Unidades de Acolhimento Municipais

	Crianças/adolescentes	Jovens egressas(os) de serviços de acolhimento	Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	Adultas(os) e famílias	Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	Pessoas Idosas	Total
Rondonia	38	0	0	0	2	3	2	45
Acre	8	0	0	0	2	0	4	14
Amazonas	17	0	1	2	5	0	3	28
Roraima	1	0	0	0	0	0	1	2
Pará	68	0	0	1	7	1	14	91
Amapá	5	0	0	0	0	0	0	5
Tocantins	13	0	0	0	1	0	10	24
Maranhão	40	0	0	9	6	1	4	60
Piauí	6	0	0	0	2	0	5	13
Ceará	49	0	0	3	14	1	23	90
Rio Grande do Norte	16	0	0	1	3	1	19	40
Paraíba	25	1	0	3	4	0	8	41
Pernambuco	74	0	1	3	16	1	29	124
Alagoas	30	0	0	2	4	1	12	49
Sergipe	37	1	0	1	1	1	4	45
Bahia	96	4	1	7	23	1	97	229
Mnas gerais	393	3	8	24	81	4	420	933
Espírito Santo	93	4	0	10	18	0	40	165
Rio de Janeiro	154	1	3	16	47	5	99	325
São Paulo	710	12	4	81	292	25	499	1623
Paraná	292	5	2	23	70	11	148	551
Santa Catarina	129	0	0	7	26	10	36	208
Rio Grande do Sul	286	1	3	13	37	13	98	451
Mato Grosso do Sul	84	0	0	6	20	0	48	158
Mato Grosso	77	0	0	2	14	3	36	132
Goiás	60	1	1	5	11	2	105	185
Distrito Federal	18	0	1	4	6	0	5	34
Total	2819	33	25	223	712	84	1769	5668

Público Atendido por Tipo de Unidade - Unidades de Acolhimento Municipais

	Abrigo institucional	Casa-lar	Outros	República	República para Jovens	Residência Inclusiva	Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua	República para adultas(os) em processo de saída das ruas	Abrigo institucional/ Casa de passagem para migrantes e/ou refugiadas(o)s	Abrigo para famílias desabrigadas/ desalojadas vítimas de desastres	Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos/los - ILPI)	Total
Crianças/adolescentes	2019	756	44	0	0	0	0	0	0	0	0	28
Jovens egressas(os) de serviços de acolhimento	0	0	3	0	30	0	0	0	0	0	0	3
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	18	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	64	0	9	0	0	150	0	0	0	0	0	22
Adultas(os) e famílias	0	0	96	0	0	0	517	37	49	13	0	71
Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	77	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Pessoas Idosas	0	75	18	18	0	0	0	0	0	0	1658	17
Total	2178	834	181	18	30	150	517	37	49	13	1658	56

Público Atendido por Tipo de Unidade - Unidades de Acolhimento Estaduais

	Abrigo institucional	Casa-lar	Outros	Residência Inclusiva	Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua	Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiadas(os)	Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos/os - ILPI)	Total
Crianças/adolescentes	26	4	0	0	0	0	0	30
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	3	0	0	0	0	0	0	3
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	6	0	31	24	0	0	0	61
Adultas(os) e famílias	0	0	0	0	3	2	0	5
Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	10	0	1	0	0	0	0	11
Pessoas Idosas	0	1	0	0	0	0	7	8
Total	45	5	32	24	3	2	7	118

Questão q_3_v10942_indique a natureza desta unidade por público atendido: - Unidades de Acolhimento Municipais

	Não Governamental/ Organização da Sociedade Civil	Governamental	Total
Crianças/adolescentes	1317	1502	2819
Jovens egressas(os) de serviços de acolhimento	26	7	33
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	23	2	25
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	179	44	223
Adultas(os) e famílias	480	232	712
Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	35	49	84
Pessoas Idosas	1586	183	1769
Total	3646	2019	5665

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Acolhimento, 2018.

2019

q1_1_Público Atendido * Unidade da Federação

Unidade da Federação	Público Atendido							Total
	Crianças/Adolescentes	Jovens egressas(os) de serviços de acolhimento	Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	Adultas(os) e famílias	Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	Pessoas Idosas	
RO	36	0	0	0	2	3	2	43
AC	8	0	0	0	2	2	4	16
AM	14	0	1	2	6	0	3	26
RR	4	0	0	0	14	1	2	21
PA	71	0	0	1	9	5	17	103
AP	6	0	0	0	0	1	1	8
TO	14	0	0	0	1	0	9	24
MA	41	0	0	9	6	1	4	61
PI	9	0	0	1	2	0	6	18
CE	63	3	0	8	15	2	26	117
RN	15	0	0	1	3	1	21	41
PB	31	0	0	3	5	0	10	49
PE	76	1	2	8	15	1	28	131
AL	30	0	0	1	8	1	13	53
SE	39	1	0	1	2	2	4	49
BA	97	4	1	6	24	3	94	229
MG	395	3	6	65	83	4	423	979
ES	92	4	0	18	21	0	39	174
RJ	153	2	4	19	52	4	109	343
SP	690	12	4	88	280	25	489	1.588
PR	278	5	1	22	65	10	153	534
SC	126	0	0	9	25	11	37	208
RS	279	1	3	14	38	12	90	437
MS	80	0	1	10	20	1	48	160
MT	78	0	0	2	14	3	35	132
GO	59	4	1	5	10	2	111	192
DF	17	0	1	4	4	0	6	32
Total	2.801	40	25	297	726	95	1.784	5.768

q1_2_v12000_1.2. Tipo de Unidade (Modalidade)

Público Atendido	Abrigo institucional	Casa-lar	Outros	República	República para Jovens	Residência Inclusiva	Abrigo Institucional/Casa de passagem para população de rua	República para adultas(os) em processo de saída das ruas	Abrigo Institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou famílias	Abrigo para famílias desabrigadas/desalojadas vítimas de desastres	Abrigo Institucional (Instituição de Longa	Casa de Apoio	Total
Crianças/adolescentes	2000	759	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2801
Jovens egressas(os) de serviços de acolhimento	0	0	6	0	34	0	0	0	0	0	0	0	40
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	18	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	59	0	44	0	0	194	0	0	0	0	0	0	297
Adultas(os) e famílias	0	0	92	0	0	0	514	38	60	12	0	10	726
Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	88	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95
Pessoas Idosas	0	75	21	19	0	0	0	0	0	0	1669	0	1784
Total	2165	837	216	19	34	194	514	38	60	12	1669	10	5768

q_3_Natureza da unidade

Público Atendido	Não Governamental/ Organização da Sociedade Civil	Governamental	Total
Crianças/adolescentes	1273	1528	2801
Jovens egressas(os) de serviços de acolhimento	27	13	40
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	21	4	25
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	229	68	297
Adultas(os) e famílias	477	249	726
Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	35	60	95
Pessoas Idosas	1589	195	1784
Total	3651	2117	5768

q7_Dados provenientes da gestão estadual ou municipal.

	Estadual	Municipal	Outras	Total
Crianças/adolescentes	30	2.771	0	2.801
Jovens egressas(os) de serviços de acolhimento	0	40	0	40
Exclusivamente crianças/adolescente com Deficiência	2	23	0	25
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência	70	227	0	297
Adultas(os) e famílias	4	709	13	726
Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	14	81	0	95
Pessoas Idosas	10	1.774	0	1.784
Total	130	5.625	13	5.768

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Acolhimento, 2019.

Santa Catarina, 2019

Rótulos de Linha	Contagem de q1_1	% de q1_1	Contagem de q1_1	% de q1_1
Adultas(os) e famílias	14	6,73%	11	5,29%
Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiadas(os)	1	0,48%		0,00%
Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua	11	5,29%	8	3,85%
Outros	1	0,48%	3	1,44%
República para adultas(os) em processo de saída das ruas	1	0,48%		0,00%
Crianças/adolescentes	75	36,06%	51	24,52%
Abrigo institucional	66	31,73%	39	18,75%
Casa-lar	9	4,33%	12	5,77%
Exclusivamente pessoas adultas com Deficiência		0,00%	9	4,33%
Abrigo institucional		0,00%	4	1,92%
Outros		0,00%	1	0,48%
Residência Inclusiva		0,00%	4	1,92%
Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	6	2,88%	5	2,40%
Abrigo institucional	5	2,40%	5	2,40%
Outros	1	0,48%		0,00%
Pessoas Idosas	4	1,92%	33	15,87%
Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosas/os - ILPI)	1	0,48%	31	14,90%
Casa-lar	1	0,48%	1	0,48%
Outros	2	0,96%	1	0,48%
Total Geral	99	47,60%	109	52,40%

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, dados gerais do questionário Acolhimento, resultados nacionais, 2019.

2020

2021

2022

q1_1 Unidades por Público Atendido, segundo UF

	Crianças / Adolescentes	Jovens egressos de serviços de acolhimento	Exclusivamente crianças ou adolescentes com deficiência	Exclusivamente pessoas adultas com deficiência	Adultos e famílias	Mulheres em situação de violência	Pessoas idosas	Total
RO	43	0	0	0	3	5	9	60
AC	8	0	0	0	5	2	4	19
AM	14	0	1	1	16	0	3	35
RR	5	0	0	0	13	1	2	21
PA	79	0	0	1	16	6	24	126
AP	6	0	0	0	0	1	2	9
TO	14	0	0	0	1	0	10	25
MA	42	1	0	8	8	1	7	67
PI	9	1	0	1	5	1	10	27
CE	66	3	0	9	13	2	28	121
RN	20	0	0	1	6	2	20	49
PB	31	1	0	2	11	0	15	60
PE	74	0	1	12	23	1	36	147
AL	29	0	0	1	4	1	14	49
SE	39	2	0	1	3	2	9	56
BA	99	6	2	8	34	4	113	266
MG	406	4	6	78	120	5	517	1136
ES	97	4	0	20	25	0	41	187
RJ	146	1	3	19	57	4	101	331
SP	700	26	3	115	365	29	530	1768
PR	287	12	2	28	89	13	158	589
SC	131	0	0	9	39	11	45	235
RS	304	3	3	25	53	13	117	518
MS	77	0	1	11	24	1	47	161
MT	80	0	0	3	22	4	37	146
GO	78	2	1	5	20	3	154	263
DF	32	1	0	4	22	0	6	65
Total	2916	67	23	362	997	112	2059	6536

q1_1 Unidades por Público Atendido, segundo a natureza da Unidade

	q3 Indique a natureza desta unidade:		Total
	Não Governamental	Governamental	
Crianças / Adolescentes	1290	1626	2916
Jovens egressos de serviços de acolhimento	44	23	67
Exclusivamente crianças/adolescente com deficiência	21	2	23
Exclusivamente pessoas adultas com deficiência	272	90	362
Adultos e famílias	651	346	997
Mulheres em situação de violência	43	69	112
Pessoas idosas	1824	235	2059
Total	4145	2391	6536

	q1_2 Tipo de Unidade por Público							Total
	Crianças / Adolescentes	Jovens egressos de serviços de acolhimento	Exclusivamente crianças/adolescente com deficiência	Exclusivamente pessoas adultas com deficiência	Adultos e famílias	Mulheres em situação de violência	Pessoas idosas	
Abrigo institucional	2094	0	16	63	0	97	0	2270
Casa-lar	781	0	1	0	0	0	72	854
Outro	41	3	6	33	120	6	33	242
República	0	0	0	0	0	0	28	28
República para Jovens	0	64	0	0	0	0	0	64
Residência inclusiva	0	0	0	266	0	0	0	266
Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua	0	0	0	0	704	0	0	704
República para adultos em processo de saída das ruas	0	0	0	0	62	0	0	62
Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiados	0	0	0	0	91	0	0	91
Abrigo para famílias desabrigadas/desalojadas vítimas de desastres	0	0	0	0	20	0	0	20
Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI)	0	0	0	0	0	0	1926	1926
Casa de Passagem	0	0	0	0	0	9	0	9
Total	2916	67	23	362	997	112	2059	6536

q_ Esfera da Unidade

	Esfera			Total
	Estadual	Federal	Municipal	
Crianças / Adolescentes	53	0	2863	2916
Jovens egressos de serviços de acolhimento	0	0	67	67
Exclusivamente crianças/adolescente com deficiência	1	0	22	23
Exclusivamente pessoas adultas com deficiência	92	0	270	362
Adultos e famílias	8	12	977	997
Mulheres em situação de violência	16	0	96	112
Pessoas idosas	12	0	2047	2059
Total	182	12	6342	6536

Fonte: BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, Bases e Resultados. Resultados Nacionais, Acolhimento, 2022.

Santa Catarina

Rótulos de Coluna v				
Governamental		Não Governamental		
Rótulos de Linha v	Contagem de q1_1	% de q1_1	Contagem de q1_1	% de q1_1
☒ Adultos e famílias	16	6,81%	23	9,79%
☐ Crianças / Adolescentes	70	29,79%	61	25,96%
☒ Abrigo institucional	62	26,38%	41	17,45%
☒ Outro		0,00%	1	0,43%
☒ Casa-lar	8	3,40%	19	8,09%
☒ Exclusivamente pessoas adultas com deficiência	1	0,43%	8	3,40%
☒ Mulheres em situação de violência	5	2,13%	6	2,55%
☐ Pessoas idosas	3	1,28%	42	17,87%
☒ Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI)	2	0,85%	40	17,02%
☒ Outro		0,00%	1	0,43%
☒ Casa-lar	1	0,43%	1	0,43%
Total Geral	95	40,43%	140	59,57%

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base nas respostas do Censo SUAS, planilha dados gerais do questionário Acolhimento, 2022.

ANEXO F - UNITARIZAÇÃO/CATEGORIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DA TESE

Serviços por níveis de atenção e o público atendido.

Comparações entre serviços, no mesmo período e ao longo da década dos Censos SUAS disponíveis.

Comparações entre serviços do mesmo nível de proteção social (Serviço de Convivência e Serviço no Domicílio).

Comparações entre públicos prioritários dos Serviços de Convivência e nos Centros-Dia. Se a pessoa idosa é atendida.

Comparações entre níveis de atenção (Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio e Centro Dia; Centro Dia e Acolhimento).

Natureza das instituições e Unidades (públicas, conveniadas), por público atendido e por nível de proteção social.

ATESTADO DE VERSÃO FINAL

Eu, ROSANETE STEFFENON, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental, declaro que esta é a versão final de minha [TESE] intitulada: **“PROTEÇÃO SOCIAL A PESSOAS IDOSAS: análise por meio da política de assistência social”** sob orientação do(a) professor(a) Dr. Valério Alécio Turnes.

Florianópolis, 1 de maio de 2025.



ROSANETE STEFFENON

Assinatura do(a) professor(a) orientador(a)

VALÉRIO ALÉCIO TURNES