

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

SIMONE DE FÁTIMA SOARES DA ROCHA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS À PESSOA IDOSA A PARTIR DA
PERSPECTIVA DA INTERSETORIALIDADE:
CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE
ALFENAS/MG**

VARGINHA/MG

2025

SIMONE DE FÁTIMA SOARES DA ROCHA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS À PESSOA IDOSA A PARTIR DA
PERSPECTIVA DA INTERSETORIALIDADE:
CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE
ALFENAS/MG**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas. Área de Concentração: Políticas Públicas, Gestão Pública e Desenvolvimento
Orientador: Prof. Dr. Fernando Batista Pereira

VARGINHA/MG

2025

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Campus Varginha

Rocha, Simone de Fátima Soares da.

Políticas Públicas direcionadas à Pessoa Idosa a partir da perspectiva da intersectorialidade : Contexto das Políticas de Saúde e de Assistência Social de Assistência Social de Alfenas/MG / Simone de Fátima Soares da Rocha. - Varginha, MG, 2025.

156 f. : il. -

Orientador(a): Fernando Batista Pereira.

Dissertação (Mestrado em Gestão Pública e Sociedade) - Universidade Federal de Alfenas, Varginha, MG, 2025.

Bibliografia.

1. Políticas públicas. 2. Pessoa idosa. 3. Intersectorialidade . 4. Promoção da saúde. 5. Assistência social. I. Pereira, Fernando Batista , orient. II. Título.

SIMONE DE FÁTIMA SOARES DA ROCHA

POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS À PESSOA IDOSA A PARTIR DA PERSPECTIVA DA INTERSETORIALIDADE: CONTEXTO DA POLÍTICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE ALFENAS/MG

O Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestra em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Gestão Pública e Sociedade.

Aprovada em: 27 de março de 2025.

Prof. Dr. Fernando Batista Pereira

Presidente da Banca Examinadora

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Lidia Noronha Pereira

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Prof. Dr. Sérgio Valverde Marques dos Santos

Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Batista Pereira, Professor do Magistério Superior**, em 28/03/2025, às 17:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1484356** e o código CRC **B7D0E711**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me conduzido até a finalização desta etapa.

À Universidade Federal de Alfenas, aos coordenadores, docentes e administrativo do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública e Sociedade, pelos ensinamentos, por compartilharem conhecimentos e experiências e pelo apoio durante o percurso.

Ao meu orientador Prof. Dr. Fernando Batista Pereira pela oportunidade, paciência e por me incentivar e orientar meus passos para conclusão da pesquisa.

Aos discentes do Programa, companheiros de jornada, pelas trocas de conhecimentos, pela amizade, pelos momentos compartilhados de dificuldade, descobertas, superação e muito companheirismo.

Aos meus colegas, participantes do estudo, os assistentes sociais e gestores das Políticas de Saúde e de Assistência Social, que me receberam, compartilharam suas experiências, sentimentos e percepções acerca da política pública voltada à pessoa idosa, contribuindo consideravelmente para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às pessoas idosas que, mesmo não participando diretamente deste trabalho, tiveram grande influência no decorrer de minha carreira profissional em Alfenas/MG, encorajando a lutar pela transformação social e garantia dos direitos sociais.

À Secretaria de Saúde por ter me autorizado a realização do mestrado e permitido a readequação das horas de trabalho nas equipes multidisciplinares.

Aos membros da Banca Examinadora, por suas contribuições na avaliação da dissertação, enriquecendo o meu trabalho.

Aos meus pais José Mário G. da Rocha e Adervalva Soares M. da Rocha, pelo amor incondicional, apoio emocional e incentivo a cada passo dessa jornada.

Aos meus amigos pela cumplicidade e conforto nos momentos de apreensão, em especial minha comadre/amiga Bianca Brito.

Meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta dissertação.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

O envelhecimento da população brasileira resultou em mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, gerando novas demandas que requerem respostas das políticas sociais. Assim, o objetivo do estudo foi analisar as Políticas Públicas direcionadas à promoção da saúde e da assistência social à população idosa do município de Alfenas/MG, a partir da compreensão dos profissionais de Serviço Social e Gestores locais, através da perspectiva da intersectorialidade. Metodologicamente é uma pesquisa qualitativa com caráter descritivo exploratório. O estudo foi desenvolvido em Alfenas, localizado na região sul de Minas Gerais. Participaram do estudo quinze profissionais de serviço social e sete gestores atuantes nas Políticas de Saúde e de Assistência Social. Foram incluídos profissionais e gestores que atuam em serviços que atendem direta ou indiretamente à população idosa das secretarias de Assistência Social e de Saúde, hospital e Instituição de Longa Permanência. Além destes, também foram incluídos profissionais de serviço social que atuam em outras frentes nas políticas de saúde e de assistência social no atendimento à pessoa idosa no município, mas sem que haja qualquer associação com a questão institucional. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada e aplicação de questionário. A análise dos dados seguiu os passos da Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1977). A análise permitiu traçar o perfil dos entrevistados e desenvolver as categorias. Com relação aos dados coletados nas entrevistas, os participantes destacaram que, para uma intersectorialidade eficiente no enfrentamento dos problemas sociais, é necessário investir em formação continuada, promover mudanças nos valores e concepções e garantir o envolvimento dos gestores com vistas a uma construção coletiva. Os entrevistados apontaram diversos obstáculos que dificultam o atendimento à população idosa no município e sua perspectiva com a intersectorialidade. Também mencionaram o descompasso entre as diretrizes do SUS e do SUAS, e a realidade prática como desafios da intersectorialidade. O estudo evidenciou que, apesar dos avanços legislativos, a implementação prática da intersectorialidade ainda não é efetiva. De maneira geral, o estudo proporcionou aos participantes uma reflexão sobre as políticas públicas implementadas no município, suas limitações, potencialidades e desafios para a concretização da intersectorialidade.

Palavras-chave: Políticas públicas; pessoa idosa; intersetorialidade; promoção da saúde; assistência social.

ABSTRACT

The aging of the Brazilian population has resulted in changes in the demographic and epidemiological profile, generating new demands that require social policy responses. Thus, the objective of the study was to analyze the Public Policies directed to health promotion and social assistance to the elderly population of the city of Alfenas/MG, from the understanding of Social Service professionals and local managers, through the perspective of intersectoriality. Methodologically it is a qualitative research with exploratory descriptive character. The study was developed in Alfenas, located in the southern region of Minas Gerais. Fifteen social service professionals and seven managers working in health and social assistance policies participated in the study. We included professionals and managers who work in services that directly or indirectly serve the elderly population of the departments of Social Assistance and Health, hospital and long-term institution. In addition to these, social service professionals who work on other fronts in health and social assistance policies in the care of the elderly in the municipality were also included, but without any association with the institutional issue. The data were produced through semi-structured interview and questionnaire application. Data analysis followed the steps of Content Analysis, according to Bardin (1977). The analysis allowed to trace the profile of the interviewees and develop categories. Regarding the data collected in the interviews, the participants highlighted that, for an efficient intersectoriality in facing social problems, it is necessary to invest in continuous training, promote changes in values and conceptions and ensure the involvement of managers with a view to collective construction. The interviewees pointed out several obstacles that hinder the care of the elderly population in the municipality and its perspective with intersectoriality. They also mentioned the mismatch between the guidelines of SUS and SUAS, and the practical reality as challenges of intersectoriality. The study showed that, despite legislative advances, the practical implementation of intersectoriality is not yet effective. In general, the study provided participants with a reflection on the public policies implemented in the municipality, its limitations, potential and challenges for the implementation of intersectoriality.

Keywords: Public policies; elderly people; intersectoriality; health promotion; social assistance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Idade mediana da população residente por unidade da federação segundo os censos demográficos de 2010 e 2022.....	28
Figura 2 - Fluxograma das etapas para a coleta dos dados	71
Figura 3 - Categoria “Intersetorialidade”.....	75
Figura 4 - Categoria “Políticas Públicas de Promoção à Saúde e Assistência Social à população idosa”.....	75
Figura 5 - Categoria “Limites, potencialidades e desafios da intersectorialidade”.....	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Brasil: comportamento das taxas de natalidade e mortalidade e evolução da população (1890-2100).....	27
Gráfico 2 - População residente no Brasil (%) - segundo sexo e grupos de idade – IBGE (2010 e 2022).....	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quantitativo de convites de participação por convites aceitos.....	73
Quadro 2 - Categorias de análises.....	74
Quadro 3 - Codificação dos dados.....	78
Quadro 4 - Lista de verificação com base no COREQ	144

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo - Assistentes Sociais (coleta de dados em formato presencial).....	80
Tabela 2 - Perfil dos participantes do estudo - Assistentes Sociais (coleta de dados em formato virtual).....	81
Tabela 3 - Perfil dos participantes do estudo – Gestores (coleta de dados em formato presencial).....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILP	Instituição de Longa Permanência
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MDHC	Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado à Família e Indivíduos
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PMC	Programa Maior Cuidado
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso

PNSPI	Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.2	JUSTIFICATIVA	19
1.3	OBJETIVOS.....	22
1.3.1	Objetivo geral	23
1.3.2	Objetivos específicos	23
2	REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL À POPULAÇÃO IDOSA.....	24
2.1.1	Contexto de envelhecimento global e o caso brasileiro	25
2.1.2	Política de saúde e o atendimento à pessoa idosa	32
2.1.3	Política de assistência social e o atendimento à pessoa idosa	44
2.2	DIRETRIZES POLÍTICAS DA INTERSETORIALIDADE	55
2.2.1	Intersetorialidade: aspectos conceituais	55
2.2.2	Diretrizes políticas da intersectorialidade no contexto da saúde e da assistência social	59
2.2.3	Diretrizes políticas de intersectorialidade de atenção à pessoa idosa no contexto da saúde e da assistência social	65
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	68
3.1	TIPO DE ESTUDO	68
3.1.1	Técnicas utilizadas	68
3.1.2	Contexto da investigação	71
3.1.3	Grupo amostral	72
3.2	PROCEDIMENTO DA ANÁLISE	73
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	77
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
4.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	79

4.1.1	Assistentes sociais.....	79
4.1.2	Gestores	84
4.2	CATEGORIAS	86
4.2.1	Categoria – Intersetorialidade.....	87
4.2.2	Categoria – Políticas públicas de promoção à saúde e assistência social à população idosa	94
4.2.3	Categoria – Limites, potencialidades e desafios da intersectorialidade ...	107
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
	REFERÊNCIAS.....	120
	APÊNDICES	135
	ANEXO.....	152

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que representa uma tendência mundial e no caso do Brasil as alterações no perfil demográfico indicam que o processo vem se intensificando nas últimas décadas. É um fenômeno que repercute consideravelmente na vida de toda população e exige do Estado um posicionamento frente às demandas que emergem do processo.

Ao falar de envelhecimento ativo, é preciso refletir muito além dos cuidados com a saúde, mas em um processo que visa elevar a expectativa de vida das pessoas de forma saudável, propiciando, às que estão envelhecendo e/ou fragilizadas, qualidade de vida (OPAS, 2005).

Influências de documentos internacionais, como o 1º Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, publicado em 1982, trouxeram contribuições importantes para criação de leis e normas que regem as políticas sociais no Brasil. Foram muitos os avanços sociais, principalmente pós Constituição Federal (CF) de 1988, nas políticas de renda (previdência e assistência social), de saúde, cuidados de longa permanência e integração social (Camarano; Pasinato, 2004).

O envelhecimento populacional é reconhecido como uma conquista social do século XX, todavia, revela muitos desafios para as Políticas Públicas contemporâneas. No atual contexto nacional, as últimas apurações do Censo Demográfico de 2022 mostram que o total de pessoas com 65 anos ou mais de idade representa 10,9% da população, verificando uma alta de 57,4% em comparação com 2010, quando a população idosa representava 7,4%. O aumento da população idosa é também observado naqueles com 60 anos de idade ou mais, representando 15,6% da população, um aumento de 56% em comparação a 2010 (IBGE, 2022).

O acelerado envelhecimento da população impõe desafios expressivos, sobretudo para os sistemas de proteção como a saúde, a previdência e a assistência social. O envelhecimento é único para cada indivíduo, pois reflete a trajetória de vida da infância até a idade adulta, abrangendo aspectos objetivos e subjetivos que influenciam suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. Neste sentido, como destaca Escorsim (2021), o envelhecimento não ocorre de forma homogênea pois envolve múltiplos fatores, a começar pelas condições socioeconômicas às quais o indivíduo tem acesso.

A desigualdade social é um fator determinante que afeta todas as camadas da sociedade, mas impacta de maneira ainda mais acentuada a população idosa, quando os direitos legais não são garantidos e as condições dignas de vida não são asseguradas (Escorsim, 2021).

Atrelado aos desafios que emergem do envelhecimento populacional, questões relativas à fragmentação e desarticulação de programas e projetos voltados para a pessoa idosa, configuram-se, segundo Braga *et al.* (2008), como pautas de discussões que merecem atenção, pois se mostram como entraves no processo de implementação das Políticas Públicas.

A intersectorialidade é concebida em alguns documentos norteadores que regem as políticas sociais no Brasil, como sendo princípio essencial para implementação das Políticas Públicas. Diante do exposto, emergem a seguinte inquietação: Como as Políticas Públicas direcionadas à promoção da saúde e assistência social à população idosa são compreendidas pelos profissionais de serviço social e gestores do município de Alfenas, através da perspectiva da intersectorialidade? Para responder à inquietação, propõe-se um estudo de abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, ancorado no conhecimento científico sobre Intersectorialidade.

Para tanto, o texto da dissertação está organizado da seguinte forma: O primeiro capítulo refere-se a esta “Introdução”, na qual são apresentados o tema da pesquisa; a justificativa para realização do estudo e os objetivos geral e específicos da pesquisa. O segundo capítulo, intitulado “Revisão da Literatura”, apresenta uma base teórica acerca das Políticas Públicas de Promoção à Saúde e Assistência Social à População Idosa, traçando discussões acerca do contexto de envelhecimento populacional, políticas de saúde e de assistência social; e das diretrizes políticas de intersectorialidade, os quais são discutidos conceitos e apresentados documentos norteadores para implementação das Políticas Públicas direcionada à pessoa idosa.

No terceiro capítulo, intitulado “Percurso Metodológico”, explana-se os caminhos desenvolvidos no transcorrer da pesquisa em relação ao delineamento, técnicas utilizadas, contexto da investigação, grupo amostral, procedimento da análise e aspectos éticos¹. No quarto capítulo, intitulado “Resultados e Discussão”, expõem-se os resultados e discussão, conforme eixos temáticos definidos a partir das

¹ Carta de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Parecer no 6.808.823, de 07/05/2024.

categorias de análise. Desse modo, a primeira categoria intitulada “Intersetorialidade”, a segunda categoria “Políticas Públicas de Promoção à Saúde e Assistência Social à população idosa” e a terceira categoria “Limites, potencialidades e desafios da intersectorialidade”. O quinto capítulo sintetiza as “Considerações Finais” sobre o estudo realizado.

A seguir, é tratada a “Justificativa” para realização do presente estudo.

1.2 JUSTIFICATIVA

Os temas geradores desse estudo inserem-se em aspectos da atualidade e abrangem o campo do envelhecimento ativo, saúde, apoio social, dentre outros. Falar sobre envelhecimento populacional e Políticas Públicas direcionadas à pessoa idosa requer uma compreensão da complexidade da trama, tendo em vista sua natureza multidimensional.

O aumento da população idosa nas últimas décadas no Brasil representa um avanço social em relação à expectativa de vida. Considera-se como um aspecto que traduz a melhoria na qualidade de vida das pessoas, tendo em vista os indicadores sociais e estatísticos, os quais mostram alteração no quadro sanitário, epidemiológico, econômico e social (Escorsim, 2021).

Segundo Escorsim (2021), são inúmeras conquistas sociais, resultado de intensas lutas históricas no campo dos direitos humanos, sociais e políticos, além das contribuições no desenvolvimento econômico e cultural do país. No entanto, ainda que tenha ocorrido muitos avanços, Medeiros (2020) considera que permanece na sociedade um envelhecimento segregado, que se manifesta no abandono, no preconceito e na desvalorização. Dentre as repercussões desses dilemas estão o aumento das institucionalizações e dos casos de adoecimento (OPAS, 2005).

O agravamento do cenário brasileiro pôde ser observado a partir de 2016, com o impeachment da então Presidenta Dilma Rousseff (2011-2016) e a adoção de uma pauta conservadora pelo governo federal e congresso nacional, constituindo um período marcado por uma sucessão de desmonte dos direitos e das políticas sociais em curso (Wanderley *et al.*, 2020).

Importante destacar que o contexto social brasileiro, especialmente no período de 2016 a 2022, foi marcado pelo retrocesso dos direitos sociais, promovido pela

ofensiva conservadora e neoliberal na esfera governamental, embora a CF de 1988 garanta tais direitos e defina o Estado como responsável no enfrentamento das questões sociais. A conjuntura de contrarreforma do Estado teve reflexo na precarização das relações de trabalho e renda e nos projetos de enxugamento de gastos das Políticas de Saúde, Previdência, Educação e Assistência Social (Escorsim, 2021).

Nesse cenário, pode-se citar a Emenda Constitucional nº 95 criada em 2016 com o objetivo de estabelecer limites para os investimentos públicos pelo prazo de 20 anos. A medida repercutiu significativamente no contexto brasileiro e, ao passo que alguns críticos defenderam a necessidade urgente de ajuste fiscal por meio do congelamento dos gastos, outros analisaram que tal rigidez agravava os problemas sociais e não atendiam os propósitos iniciais da emenda (Silva, 2022). A EC 95 perdurou até 2022 quando foi substituída pela Lei Complementar 200, sancionada em 2023 (Brasil, 2023). A partir desta Lei, instituiu um novo arcabouço fiscal com vistas a assegurar o equilíbrio macroeconômico e gerar cenários favoráveis ao desenvolvimento econômico e social (Brasil, 2023).

Teixeira (2020) reflete que em um contexto de dismantelamento de políticas sociais possivelmente trará consequências dentro de uns 30 a 40 anos. A autora aponta sobre a possibilidade de acontecer uma trajetória negativa, isto é, um aumento da mortalidade de pessoas idosas, especialmente daqueles mais pobres atingidos por doenças crônicas degenerativas, agravadas pela dificuldade de acesso aos serviços públicos e em dispor de cuidados familiares. Famílias estas que estão na luta por sobrevivência no mercado de trabalho e que possuem poucas possibilidades de inclusão no trabalho protegido e estável.

Em 2019, o surto de um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, resultou em uma pandemia denominada COVID-19, que assolou todo o mundo. A declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional ocorreu em 30 de janeiro de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo categorizada em 11 de março de 2020 como pandemia. Os anos 2020 e 2021 foram considerados os mais críticos devido ao pouco conhecimento que se tinha sobre o vírus, ao desafio de criar uma vacina e ainda imunizar toda a população, entre outros aspectos (Brasil, 2022a). O fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à pandemia ocorreu em maio de 2023 pela OMS (OPAS, 2023).

Além dos desafios que já existiam, com a pandemia causada pela COVID 19, as necessidades e vulnerabilidades das pessoas idosas foram enfatizadas, sobretudo em relação ao direito à saúde, sendo possível observar a fragilidade do sistema de saúde para apoiar esse grupo e as suas singularidades. Nesta direção, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou, em dezembro de 2020, o período de 2021 a 2030 como década do Envelhecimento Saudável, em que diversas ações serão direcionadas ao tema (OPAS, 2020).

As novas realidades que se apresentam no século XXI pressionam pela introdução de arranjos de gestão mais complexos, para além das diretrizes previstas na CF 1988 e leis infraconstitucionais. As exigências que são postas se direcionam para Políticas Públicas interdependentes, que rompam com a lógica unidimensional (Carvalho, 2012).

Segundo Wanderley *et al.* (2020), no Brasil, a setorização e a fragmentação constituíram historicamente a estrutura das Políticas Públicas, sendo estas concebidas e organizadas para serem implementadas isoladamente, não observando o planejamento conjunto e ações articuladas.

São inúmeras as consequências da setorização das Políticas Públicas que vêm sendo observadas ao longo dos anos em diferentes governos, dentre elas a desarticulação, a fragmentação e a sobreposição das ações, além de uma exposição principalmente dos grupos mais vulneráveis. Tais consequências são agravadas pelas ondas das políticas neoliberais, nas quais as políticas sociais são reiteradamente impactadas pela restrição de orçamento (Wanderley *et al.*, 2020).

Frente às questões sociais que emergiram nos últimos anos e da complexidade dos problemas sociais que se apresentam na atualidade, bem como das novas demandas sociais e de saúde que são também oriundas das alterações no perfil demográfico brasileiro, reflete-se acerca das Políticas Públicas direcionadas à pessoa idosa e sua perspectiva com a intersectorialidade.

Como observado, os apontamentos alertam para a importância de pesquisas, debates e intervenções por parte do Estado, assim como da sociedade civil organizada, instituições e profissionais no enfrentamento dessas expressões da questão social (Medeiros, 2020).

Para Junqueira *et al.* (2000), a intersectorialidade constitui uma nova maneira de planejar, executar e prestar os serviços, tem por objetivo superar a fragmentação das políticas, partindo da concepção que é preciso olhar sobre o todo das expressões

sociais e demandas da população. A nova maneira traz exigências quanto às mudanças de concepções e valores, para tanto é fundamental a participação dos diversos atores sociais, inclusive da população.

Segundo Cavalcanti *et al.* (2013), a intersetorialidade configura-se em uma importante estratégia posta para Políticas Públicas, em especial para as intervenções do profissional de Serviço Social. Os autores ressaltam que a própria formação generalista desses profissionais se configura como potencial para construção de novos arranjos, todavia, é preciso que a categoria se reconheça nesse processo e assuma o papel provocador na articulação das Políticas Públicas.

Quanto ao processo de construção de Políticas Públicas, pode-se dizer que o Gestor Público é peça fundamental, visto que a elaboração, deliberação e implementação perpassa pela sua atuação. Ao tratar do envelhecimento populacional e das novas demandas sociais e de saúde que emergem, bem como as implicações da fragmentação de Políticas Públicas, verifica-se a necessidade de incluir neste estudo tanto os gestores (coordenadores) quanto os Assistentes Sociais que atendem este público, seja direta ou indiretamente.

Políticas Públicas e intersetorialidade constituem um tema contemporâneo e muito revisitado pelas ciências sociais e da saúde. A iniciativa de refletir e discutir Políticas Públicas direcionadas à pessoa idosa a partir da perspectiva da intersetorialidade surgiu de uma experiência pessoal na atuação como assistente social da Política de Saúde em Alfenas, situada na região Sul de Minas Gerais.

Entre os benefícios gerados com o presente estudo, no âmbito acadêmico estão à possibilidade de ampliar diálogos acerca das Políticas Públicas e sua perspectiva com a intersetorialidade, constituindo-se em estudo reflexivo e crítico sobre limites, desafios e potencialidades. Profissionalmente, contribuir para discussão acerca da construção de Políticas Públicas a partir de novos arranjos institucionais no enfrentamento de problemas sociais complexos. Ademais, contribuir para resolução de problemáticas que a sociedade enfrenta.

1.3 OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo:

1.3.1 Objetivo geral

Analisar as Políticas Públicas direcionadas à promoção da saúde e da assistência social à população idosa a partir da compreensão dos profissionais de Serviço Social e Gestores de Alfenas/MG, através da perspectiva da intersetorialidade.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Analisar o perfil de uma amostra dos assistentes sociais e dos gestores (coordenadores) atuantes nas Políticas Públicas de promoção à saúde e à assistência social no atendimento à pessoa idosa;
- b) Identificar a partir das Políticas Públicas de promoção da saúde e assistência social à população idosa, as perspectivas das diretrizes da política de intersetorialidade;
- c) Levantar as narrativas de uma amostra dos assistentes sociais e dos gestores (coordenadores) atuantes nas Políticas de Saúde e de Assistência Social sobre as Políticas Públicas voltadas à população idosa e possível intersetorialidade;
- d) Descrever e analisar a partir das narrativas do atendimento à população idosa, os limites, potencialidades e desafios para a perspectiva das diretrizes da intersetorialidade município Alfenas / MG.

Tendo como referência os objetivos propostos, este estudo está ancorado no conhecimento científico já produzido sobre envelhecimento global e o caso brasileiro; políticas de saúde e de assistência Social e o atendimento à pessoa idosa; intersetorialidade e os aspectos conceituais, bem como suas diretrizes políticas no contexto da saúde e assistência à pessoa idosa. Metodologicamente, é um estudo qualitativo, descritivo exploratório, a partir de técnicas de entrevista e aplicação de questionário.

A seguir, apresenta-se a Revisão da Literatura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo são apresentados, em um primeiro momento, as Políticas Públicas de Promoção à Saúde e Assistência Social à População Idosa, e no segundo momento, as Diretrizes Políticas da Intersetorialidade.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL À POPULAÇÃO IDOSA

As Políticas Públicas têm um papel fundamental no enfrentamento dos problemas sociais na sociedade e, quando se trata da população idosa e de públicos mais vulneráveis, esta questão é ainda mais evidente. Antes de aprofundar nos aspectos que envolvem as Políticas Públicas de promoção à saúde e assistência social à população idosa, apresenta-se uma breve introdução do entendimento que se tem sobre política pública no campo da ciência.

Segundo Souza (2006), a política pública enquanto área do conhecimento e disciplina acadêmica emergiu nos Estados Unidos. Na Europa, o seu surgimento decorreu de um desdobramento de estudos baseados em teorias explicativas acerca do papel do Estado. Segundo a autora, H. Laswell (1936), H. Simon (1957), C. Lindblom (1959; 1979) e D. Easton (1965) foram considerados os fundadores das áreas de Políticas Públicas.

Para Souza (2006), H. Laswell, na década de 1930, foi o responsável por lançar a expressão análise de política pública, direcionado a uma perspectiva de adequar o conhecimento científico com a prática dos governos, além disso, viabilizar uma interação entre a comunidade científica, partes interessadas e governo. A autora pontua que Política Pública enquanto instrumento da gestão governamental é resultado da Guerra Fria e do reconhecimento da tecnocracia para os governos.

A definição mais conhecida é, segundo Souza (2006, p. 24), a de H. Laswell: “decisões e análises sobre política pública implicam em responder as seguintes questões: quem ganha o quê, porquê e que diferença faz”. Segundo Brasil e Capella (2016) a definição de T. Dye (1975) “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”, agrega às ideias de Laswell e coloca o Estado como o agente principal na produção de Política Pública.

Na visão de Souza (2006, p. 26), política pública pode ser definida como “campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar se essa ação (variável independente) e quando necessário, propor mudanças no rumo ou no curso dessas ações (variável dependente)”.

A discussão sobre o conceito de Políticas Públicas é ampla e não se limita apenas a uma definição. Numa perspectiva teórica conceitual, Souza (2006) define política pública e política social a partir de uma compreensão multidisciplinar, e acrescenta que outras áreas do saber como sociologia, economia, ciência política, entre outras, contribuíram significativamente para os avanços teóricos e empíricos na área de Política Pública.

Direcionando para o foco deste estudo que trata de Políticas Públicas voltadas para a pessoa idosa, contextualizam-se a seguir, o cenário global e brasileiro em relação ao envelhecimento, as alterações no perfil demográfico e os avanços nos direitos desse grupo etário.

2.1.1 Contexto de envelhecimento global e o caso brasileiro

O envelhecimento pode ser definido como um processo degenerativo, o qual ocorre diversas alterações morfológicas e funcionais no corpo. “Ser idoso não é sinônimo de dependência”, porém ao envelhecer este termo aparece com maior frequência pela ocorrência de doenças e podem se agravar por condições adversas como pobreza, negligência, dentre outras (Rocha *et al.*, 2008, p. 802).

Goldman (2009) conceitua envelhecimento como sendo um fenômeno histórico, social e cultural, o qual perpassa por trajetórias ligadas aos aspectos social e pessoal, sendo possível sua compreensão a partir das variáveis do tempo, espaço, classe social, relações de gênero, etnia, dentre outras.

Ao tratar de temas como envelhecimento, Debert (1998) ressalta acerca de algumas armadilhas que estudiosos podem se deparar em seus estudos. Entre as dificuldades, está a compreensão de envelhecimento enquanto categoria culturalmente produzida, tendo como referência os aspectos relacionados aos processos biológicos universais.

O envelhecimento configura-se em um processo gradativo que engloba aspectos relacionados à aprendizagem, desenvolvimento e amadurecimento. Com o avanço gradual do tempo de vida, este processo pode resultar em algumas perdas

físicas, sociais, cognitivas e exigir do sujeito um preparo emocional sobre envelhecimento (Kreus; Franco, 2017).

A OMS define como pessoa idosa aquela com idade de 60 anos ou mais. Tal definição, que será utilizada neste estudo, pode ser entendida com um critério ou marco etário, o qual demarca a existência de direitos e acesso daqueles classificados na faixa etária. No entanto, Kreis e Franco (2017) suscitam a complexidade na definição de envelhecimento, tendo em vista os vários fatores envolvidos, como por exemplo, a questão biológica, emocional, existencial, sociocultural e até mesmo o autoconceito do que é sentir-se velho.

O fenômeno do envelhecimento, no contexto de uma sociedade complexa como é o caso do Brasil, concomita padrões que expressam desigualdades sob diferentes perspectivas, o que incita refletir acerca das contradições e complexidades dos problemas sociais no atendimento desta população (Goldman, 2009).

No Brasil, a trajetória demográfica indica que a incidência representativa de pessoas idosas refere ao aumento da expectativa de vida relacionado aos avanços na saúde e saneamento e a diminuição dos índices de natalidade e mortalidade (Goldman, 2009).

Nesta perspectiva, Teixeira (2020) aponta que, apesar do envelhecimento longo ser associado a questão genética da espécie humana, em se tratando do envelhecimento e a longevidade em massa, aspectos relacionados às condições sociais, políticas e econômicas pós-segunda guerra, contribuíram para que essas mudanças ocorressem. E essa relação pode ser observada pelas desigualdades na expectativa de vida e de sobrevida entre continentes, países, estados e municípios.

Nessa direção, pode-se citar o período de 2020 e 2023 em que o Brasil e o mundo experienciaram um contexto pandêmico que repercute até hoje na vida da população em geral. Em 2024, a OMS publicou um relatório “Estatísticas Mundiais de Saúde”, em que apresenta um panorama geral de indicadores de saúde e relacionado à saúde e discute acerca das desigualdades entre os continentes e seus desdobramentos. De acordo com o documento, a COVID-19 foi uma das três principais causas de morte a nível mundial nos anos de 2020 e 2021, e no caso dos países da América, essa colocação apareceu em primeiro lugar (OPAS, 2024).

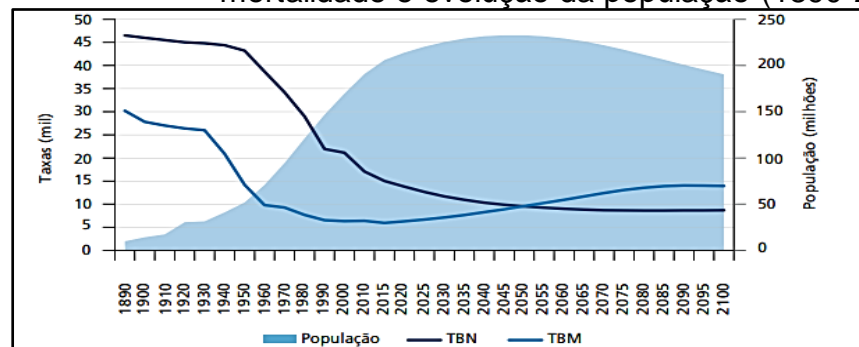
O relatório aponta que havia uma tendência global de 2000 até o início da COVID-19 no aumento da esperança de vida e da esperança de vida saudável. Contudo, o progresso alcançado em uma década foi praticamente perdido em apenas

dois anos de pandemia em que resultou em um retrocesso na esperança de vida global ao nascer de 0,7 ano em 2020 e 1,1 ano em 2021. Esses retrocessos também foram observados em esperança de vida saudável. Segundo o relatório, os impactos da pandemia pela COVID-19 foram enormes na saúde, na economia, nas famílias, na sociedade e, apesar da diminuição do número de casos, as repercussões ainda serão observadas por muitos anos (OPAS, 2024).

Como visto, os dados fornecidos pelo relatório reforçam ainda mais a urgência das ações propostas em 2020 pela Assembleia Geral das Nações Unidas sobre melhorar a vida das pessoas idosas, suas famílias e comunidades, de modo a promover o envelhecimento saudável (OPAS, 2020). Além disso, evidencia a necessidade do fortalecimento dos sistemas de saúde e o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento às demandas que emergem do envelhecimento populacional.

No que concerne à transição demográfica no Brasil, os dados do IBGE apontam que, a partir da década de 1980, aumentou o número de pessoas idosas no país e houve diminuição de mortalidade de pessoas em todas as idades, assim como redução da taxa de fecundidade. No Gráfico 1, Carmo e Camargo (2020) apresentam como decorre o fenômeno da transição demográfica, o qual é possível observar uma queda acentuada da Taxa Bruta de Mortalidade e de Natalidade no século XX e, posteriormente, no século XXI, a Taxa Bruta de Natalidade também registra intensa diminuição.

Gráfico 1 - Brasil: comportamento das taxas de natalidade e mortalidade e evolução da população (1890-2100)

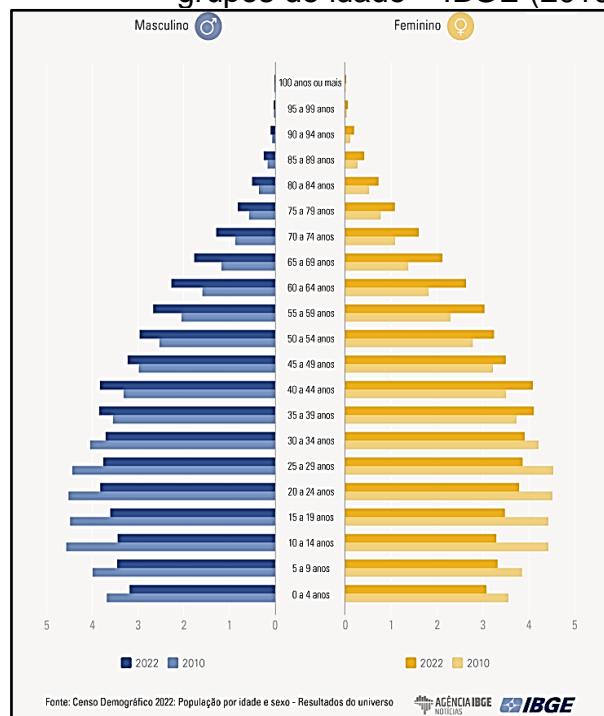


Fonte: Carmo; Camargo (2020).

Importante destacar, que embora seja observado o aumento da população brasileira em números absolutos, o que se verifica no Gráfico 1 é uma diminuição da taxa de crescimento populacional (IBGE, 2023).

O Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2022 aponta que a população idosa no Brasil atingiu a margem de 32.113.490 milhões de pessoas, um aumento de 56% se comparado ao Censo de 2010 (IBGE, 2023). Como observado no Gráfico 2, houve mudanças significativas em relação à sua estrutura, comparado ao ano de 2010. Verifica-se pelos dados apresentados tendência histórica de predominância feminina na composição por sexo da população, observando uma acentuação no último censo (IBGE, 2023).

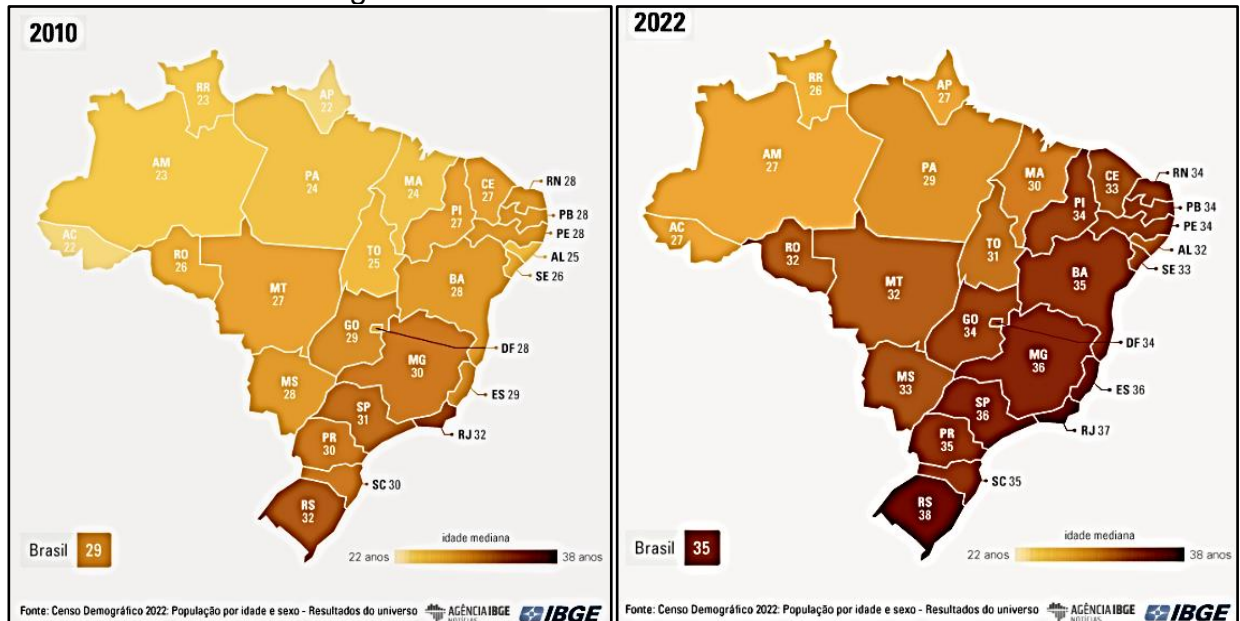
Gráfico 2 - População residente no Brasil (%) - segundo sexo e grupos de idade – IBGE (2010 e 2022)



Fonte: IBGE (2023).

Na Figura 1, com base nos dados do IBGE, apresenta-se um comparativo em relação à idade mediana da população residente por Estado. Segundo o IBGE (2023) a idade mediana – um indicador que divide a população entre 50% mais jovens e 50% mais velha –, aumentou do Censo Demográfico de 2022 em relação ao Censo de 2010, de 29 para 35 anos, um aumento de quase 20%.

Figura 1 - Idade mediana da população residente por unidade da federação segundo os censos demográficos de 2010 e 2022



Fonte: IBGE (2023).

O envelhecimento populacional é consequência de avanços, principalmente no que se refere à saúde, no entanto, essas transformações no perfil etário vêm acompanhadas por muitos desafios para a Seguridade Social. No tocante à previdência social, o envelhecimento populacional gera uma considerável pressão para o sistema, uma vez que o mesmo havia sido organizado para atender demandas representadas por uma base em expansão do emprego assalariado – e, portanto, dos contribuintes – e pela brevidade relativa da aposentadoria (Miranda *et al.*, 2016).

Para Camarano e Pasinato (2004), assegurar um desenvolvimento econômico e social contínuo, pautado em princípios fundamentais à manutenção da dignidade humana e equidade entre grupos etários, configura-se como um dos grandes desafios do envelhecimento populacional.

Diante da complexidade que envolve a conjuntura do envelhecimento populacional, o que se tem é uma emergência por Políticas Públicas que atendam às necessidades da população idosa e melhorem à qualidade de vida. No entanto, observa-se que estas melhorias vêm sendo acompanhadas também pelas desigualdades sociais, ou seja, não basta acrescentar anos à vida, é preciso

proporcionar bem-estar a toda essa população marcada por traços de vulnerabilidade (Goldman, 2009).

No âmbito da Agenda Internacional, a preocupação com o enfrentamento do processo de envelhecimento populacional emergiu na década de 1970 nos países desenvolvidos. As pautas de discussão nesses países eram as questões relacionadas à reinserção da pessoa idosa, preservação da sua autonomia, etc., uma realidade diferente dos países em desenvolvimento, como o Brasil, tendo em vista que as preocupações maiores estavam focadas em questões enraizadas, como pobreza, exclusão e elevado índice de desigualdades (Camarano; Pasinato, 2004).

Como mencionado anteriormente, a Agenda Internacional influenciou significativamente a criação de Políticas Públicas direcionadas à pessoa idosa. A Primeira Assembleia Mundial sobre envelhecimento, ocorrida em Viena em 1982, configurou-se em um importante marco no estabelecimento de uma agenda internacional. Ressalta-se que, até então, a questão do envelhecimento não era abordada como centro de debate, ficava às margens das discussões pela OMS e outros órgãos (Camarano; Pasinato, 2004).

Como fruto da Assembleia, o Plano Global de Ação foi criado com o objetivo “garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos, bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países” (Camarano; Pasinato, 2004, p. 254). Estruturado em 66 recomendações para os estados membros, o Plano se baseou em sete áreas: “saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação” (Camarano; Pasinato, 2004, p. 255).

Segundo Camarano e Pasinato (2004), embora o foco da Assembleia tenha sido os países desenvolvidos, houve uma repercussão importante nos países em desenvolvimento, contribuindo inclusive para elaboração de leis.

Como exemplo ilustrativo, a CF de 1988 passou a reconhecer o direito da pessoa idosa como fundamental (Vieira e Vieira, 2015) e, por meio do seu artigo 230, definiu que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhe o direito à vida” (Brasil, 1988).

A questão da pessoa idosa também foi tema de discussões na Assembleia Geral das Nações Unidas, ocorrida em 1991, sendo definidos 18 princípios em favor

desse grupo, a partir dos seguintes aspectos: independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade (Camarano; Pasinato, 2004).

Em 1994, o Brasil deu um passo importante em direção ao estabelecimento de ações governamentais voltadas para este público com a criação da Lei 8.842, que trata da Política Nacional do Idoso (PNI), que tem como objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 1994).

Segundo Camarano e Pasinato (2004), ao longo da década de 1990, a pessoa idosa esteve incluída na agenda internacional, sendo tema de muitos debates em diversos espaços como fóruns, assembleias, conferência, etc. Em 1999, comemorou-se o Ano Internacional do Idoso e na ocasião houve um incentivo aos países membros das Nações Unidas em relação à aplicação dos cinco princípios básicos definidos na Assembleia Geral das Nações Unidas de 1991.

Outro marco importante no cenário internacional foi a 2ª Assembleia Mundial, ocorrida em Madri, Espanha, em 2002, o qual resultou em um Plano de Ação fundamentado em três princípios: “a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; b) fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento” (Camarano; Pasinato, 2004, p. 259).

O Plano de Ação elaborado em Madri trouxe avanços pertinentes em vários aspectos, mas a dimensão de gênero marcou significativamente, principalmente pela abordagem da perspectiva de integração das políticas, programas e legislação sobre envelhecimento. Influenciado pela 2ª Assembleia sobre Envelhecimento, o Brasil criou o Estatuto da Pessoa Idosa² (Lei 10.741/2003), um instrumento legal, o qual versa sobre áreas dos direitos fundamentais e proteção à pessoa idosa, e reforça as diretrizes da Política Nacional do Idoso (Camarano; Pasinato, 2004).

O Estatuto traz em seu texto, no Art. 2º, que:

A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação da sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (Brasil, 2003).

² A lei 14.423 de 2019 altera a lei 10.741 de 2003, para substituir em toda a Lei, as expressões “idosas” para “pessoa idosa” e “idosos” para “pessoas idosas”, respectivamente (Brasil, 2022b).

O Estatuto também prevê no seu Art. 8º que “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social” e, na sequência, o Art. 9º reforça a responsabilidade do Estado em “garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (Brasil, 2003).

É importante destacar que o enfrentamento da questão do envelhecimento no Brasil, ainda que tímido, ocorreu bem antes da CF de 1988. Os primeiros movimentos foram observados ainda no período colonial, com a criação das instituições de caráter assistencial como a Santa Casa de Misericórdia em Santos. Posteriormente, com a aposentadoria dos empregados dos Correios em 1888; surgimento de políticas previdenciárias como a criação de seguros de acidentes de trabalho em 1919, Caixa de Aposentadoria Eloy Chaves em 1923 e a Política de Bem Estar Social na década de 1930. Outras iniciativas, como a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961, trabalhos desenvolvidos pelo Serviço Social do Comércio (SESC) em 1963, e a criação de benefícios não contributivos pelo Instituto de Previdência Social para as pessoas idosas mais carentes (Camarano; Pasinato, 2004). Ademais, importante destacar que o olhar para esse grupo etário neste período foi substancial para criação de políticas públicas mais robustas voltadas para a pessoa idosa no Brasil principalmente Pós Constituição Federal de 1988.

Na próxima subseção, apresenta-se a Política de Saúde, contextualizando a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), conceitos e posteriormente a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

2.1.2 Política de saúde e o atendimento à pessoa idosa

Ao falar sobre a Política de Saúde no Brasil com foco na pessoa idosa, é necessária uma contextualização da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) vigente no país. É essencial compreender que os avanços e retrocessos na saúde pública de uma forma geral, no Brasil e no mundo, sempre tiveram relação com o momento histórico da época, e foram esses acontecimentos que conduziram os movimentos rumo à luta pelo direito à saúde (Santos *et al.*, 2020).

Na época do Brasil Colônia, o acesso à saúde era restrito a poucos, e os atendimentos eram realizados muitas vezes por “curandeiros”. Os primeiros cuidados com a saúde coletiva e medidas sanitárias mínimas, ocorreram com a chegada da

família real portuguesa, motivados por interesses particulares em garantir o livre comércio (Santos *et al.*, 2020).

No início do século XX, o Estado centralizou suas ações no controle da epidemia. Todavia, outras questões de saúde pública começaram a emergir com o crescimento dos centros urbanos, o que agravou ainda mais a situação. Nessa época, a Revolta da Vacina em 1904, caracterizou-se como um movimento importante de participação da sociedade civil nas questões relacionadas à saúde pública (Santos *et al.*, 2020).

A Lei Elói Chaves, publicada em 1923, foi um passo na garantia de acesso à saúde, no entanto, este benefício se restringia aos contribuintes previdenciários, através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que anos depois, após divisão da CAP por categoria profissional, criam-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) (Santos *et al.*, 2020).

Institui-se no governo federal, em 1930, o Ministério da Saúde, mas sem muitas mudanças; a assistência médica continuou vinculada ao setor previdenciário, mesmo após o Ministério da Saúde se desvincular dos outros órgãos em 1953. O que se identifica nessa época é um fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz e a criação do Instituto Nacional do Câncer (Barboza, 2020).

As normas constitucionais, no âmbito internacional, deram uma importância para a promoção da saúde no campo das Políticas Públicas. A Constituição da OMS, aprovada em 1946, por exemplo, trouxe em seu Tratado Internacional orientações quanto à atuação dos Estados Partes na melhoria das condições de saúde dos seus territórios e do mundo (Aith, 2013).

Para Cohn *et al.* (1999), entre meados de 1950, que tem como marca a emergência do modelo desenvolvimentista, até a década de 1970, o que se percebe é um aprofundamento das dicotomias entre a atenção médica curativa e as medidas com foco no coletivo, sendo possível observar uma divisão explícita de tarefas e clientela. Na concepção de Cohn *et al.* (1999), a ausência de uma política integrada de saúde acarretou práticas que diferenciavam os diversos segmentos da sociedade, corroborando ainda mais para a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, além de reforçar os estigmas.

Dessa forma, Cohn *et al.* (1999) consideram que foram instituídos dois lados nas políticas de saúde à época, sendo: 1) a concepção de clientela dita carente e; 2) distinção entre os trabalhadores assalariados, a partir de critérios de renda e padrões

que permitiam o acesso aos setores econômicos. Nesse sentido, os autores argumentam um aspecto em comum entre os dois lados, que diz respeito à ideia de direito enquanto privilégio.

Ressalta-se que em 1966, os IAPs foram unificados, tornando-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Novamente, ocorreu uma divisão para formar o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (Santos *et al.*, 2020).

Segundo Fragoso *et al.* (2024), na década de 1970, período que imperava a Ditadura Militar (1964-1985), um importante marco para a saúde foi o surgimento do Movimento Reforma Sanitária. Este movimento teve em seu momento histórico a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, sendo apontada como crucial para a organização do sistema de saúde brasileiro.

A Declaração Alma Ata de 1978 foi um dos primeiros consensos globais sobre a Promoção da Saúde. O documento declara em seu Artigo 5º que “os governos têm a obrigação de cuidar da saúde de seus povos, obrigação que só podem cumprir mediante a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas”, e aponta a Atenção Primária à Saúde (APS) como sendo “a chave para alcançar esta meta como parte para um desenvolvimento que se dê dentro do espírito da justiça social” (OMS, 1978, p. 1).

Segundo Aith (2013), os debates internacionais que ocorreram posteriormente deram seguimento aos preceitos abordados na Declaração Alma Ata. Dessa forma, a 1ª Conferência de Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Ottawa, Canadá, evoluiu na compreensão da promoção da saúde como aspecto essencial para a melhoria no bem-estar das pessoas. Os fatores determinantes e condicionantes da saúde foram incluídos na discussão, assim como a construção de Políticas Públicas a partir da perspectiva de outras áreas como trabalho, lazer e estilo de vida.

Ressalta-se, no Brasil, que entre os anos 1923 a 1988 regia o modelo em que o direito à saúde se restringia aos que contribuía para a previdência. A assistência à saúde para aqueles que não contribuía ficava a cargo das Santas Casas de Misericórdia, sendo a igreja, a responsável por administrá-las (Santos *et al.*, 2020).

A saúde como direito e dever do Estado no Brasil foi um progresso que veio com a publicação da CF de 1988, uma introdução aos avanços em direção à correção das injustiças sociais acumuladas ao longo dos séculos. A regulamentação do SUS

ocorreu em 1990 com a Lei 8.080, estabelecendo como princípios para a sua organização: a gratuidade, a universalidade e a integralidade (Fragoso *et al.*, 2024).

A lei 8.080 em seu artigo 2º prevê que a saúde é um direito fundamental, sendo dever do Estado prover condições para o pleno exercício, mas acrescenta no § 2º que o dever do Estado não exclui também a responsabilidade das pessoas, da família, das empresas e da comunidade (Brasil, 1990a).

Quanto à responsabilidade do Estado, no § 1º do referido artigo traz a seguinte definição:

Dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990a).

A definição dos princípios do SUS baseia-se no texto constitucional e no conceito ampliado de saúde e foram elaborados com base em dois tipos: doutrinários e organizativos. O primeiro refere-se à filosofia para criação e implementação do sistema e o segundo tem relação com a orientação para o seu funcionamento. Os princípios doutrinários trazidos na Lei 8.080 são: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção; já os organizativos referem-se à descentralização, regionalização, hierarquização do sistema e à participação e controle social (Freitas; Araújo, 2018).

Segundo Fragoso *et al.* (2024), os princípios debatidos no movimento de Reforma Sanitária foram fundamentais na formulação e organização do SUS. A lei 8.080 de 1990 retoma o conceito ampliado de saúde, partindo da perspectiva dos fatores determinantes e condicionantes.

Ainda em 1990, a Lei 8.142 veio tratar da participação da sociedade e dos mecanismos de transferência de recursos financeiros do SUS (Brasil, 1990b). Conforme Negri (2002), os anos subsequentes (1991, 1992, 1993 e 1996) foram marcados pela publicação de Normas Operacionais Básicas (NOB), isto é, documentos norteadores para operacionalização do sistema e sua gestão.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde de 1992 teve como tema a municipalização, e a partir das suas resoluções foi possível incluir na NOB de 1993, a possibilidade de o município ser o gestor. Já na NOB de 1996, foram criados programas assistenciais para Atenção Básica; surgem então o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Junqueira; Castro, 2002).

A construção do SUS na década de 1990 foi marcada por inúmeros desafios, como, por exemplo, o processo de descentralização, orientado pela NOB de 1996. Negri (2002) aponta sobre as fragilidades no documento, sobretudo no que concerne à dificuldade de implementação de fluxos de referência e contrarreferência, hierarquização dos serviços, integração, bem como o atendimento das demandas a nível local.

Em 2001 e 2002 foram publicadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), a primeira direcionada à ampliação das responsabilidades dos municípios no que tange a Atenção Básica e aos aspectos da regionalização de assistência à saúde; e a segunda trouxe, dentre diversas diretrizes, a questão do financiamento da saúde nos casos de procedimentos de alta complexidade (Negri, 2002).

Em 2006, estabeleceu-se o Pacto pela Saúde, uma parceria firmada entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, que tinha como objetivo a efetivação de acordos entre municípios, estados e governo federal, observando três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Segundo Torres *et al.* (2020), o Pacto pela Saúde demandou da gestão pública um movimento por resultados, o que reforçou um olhar para algumas questões específicas, como por exemplo, a saúde da pessoa idosa.

Com vistas ao enfrentamento dos desafios postos pela produção de saúde, bem como à qualificação contínua, o Ministério da Saúde também criou, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) instituída pela Portaria MS/ GM nº 687, redefinida pela Portaria 2.446 em 2014 (Brasil, 2015).

Ressalta-se que a construção da PNPS foi precedida de outros movimentos como a criação do Comitê Gestor da Política, por meio da Portaria nº 1.409 / GM/ MS, integrando inicialmente diferentes secretarias do Ministério da Saúde e, posteriormente, incluídos os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde, de Secretários Municipais de Saúde e ainda a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Brasil, 2015).

Os valores trazidos na PNPS, após sua revisão, dizem respeito à “solidariedade”, “a felicidade enquanto autopercepção de satisfação”; “a ética”; “o respeito às diversidades”; “a humanização”; “a justiça social”; “a corresponsabilidade enquanto responsabilidades partilhadas entre indivíduo e coletivos”; “a justiça social”

e a “inclusão social”. No tocante aos princípios, a PNPS aponta “a equidade”; “a participação social”; “a autonomia”; “o empoderamento”; “a intersetorialidade”; a “intra-setorialidade”; “a sustentabilidade”; “a integralidade” e “a territorialidade” (Brasil, 2015).

Segundo Bagrichevsky (2021), há consenso em dizer que houve avanços nas Políticas Públicas que tratam do modelo de assistência à saúde no Brasil. A perspectiva da Promoção da Saúde vem sendo tratada como potencial para o enfrentamento do modelo biomédico predominante, porém, o autor acrescenta que o Brasil carece por Políticas Públicas que aperfeiçoe as conjunturas existentes na sociedade e introduza uma nova concepção de vida que aprecia e favorece a escuta, o vínculo, as relações, as particularidades dos indivíduos.

Apesar do SUS ter mais de 30 anos, para Freitas e Araújo (2018), o sistema é relativamente “jovem” quando analisado sob a perspectiva de que muitas leis e normas básicas para sua estruturação foram publicadas em um período recente. As autoras citam como exemplos: 1) o Decreto 7.508 de 2011, que trata da organização do SUS; do planejamento, assistência à saúde; e da articulação entre os entes da federação no que tange às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2011); 2) Lei Complementar 141 de 2012, que estabelece valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos três entes federativos em serviços e ações relacionadas à saúde e critérios de divisão de valores de transferência para fiscalização (Brasil, 2012a).

Segundo Freitas e Araújo (2018), uma das grandes problemáticas enfrentadas pelo SUS refere-se à gestão integrada. A Rede de Atenção à Saúde (RAS), regulamentada pela Portaria 4.279 de 2010 emergiu como uma forma para superar a fragmentação da atenção e gestão nas Regiões de Saúde, normatizando e unificando em apenas um documento normas que tratam das RAS (Brasil, 2010; Brasil, 2017).

A Portaria de Consolidação nº 3 define a RAS como sendo “organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” e parte do entendimento, a Atenção Primária à Saúde (APS) como o centro e o primeiro nível de atenção (Brasil, 2017a).

No tocante aos aspectos conceituais, a saúde como direito social é uma conquista que veio com a CF de 1988. O artigo 196 estabelece que o Estado tem o dever de garantir mediante políticas econômicas e sociais, acesso universal e

igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

Segundo Paim (2009), as políticas econômicas e sociais são substanciais para garantir o direito à saúde. Aspectos como emprego, moradia, alimentação, educação, cultura, lazer, segurança pública, previdência e assistência social, entre outros, influem à saúde dos indivíduos e da comunidade e podem contribuir para redução dos riscos de doenças e / ou agravos.

O acesso universal à saúde garantido no texto constitucional se deve à possibilidade de todo brasileiro ter direito de acessar aos serviços de saúde quando necessitar, sem qualquer barreira que o impeça, seja no âmbito legal, econômico, físico ou cultural. Já o acesso igualitário diz respeito ao tratamento sem qualquer discriminação ou preconceito (Paim, 2009).

No que concerne à igualdade no tratamento, ressalta-se que em um cenário desigual, tratar com igualdade pode reforçar ainda mais a desigualdade. Por isso, é fundamental ter noção de equidade, ou seja, “possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade” (Paim, 2009, p. 45).

Entender que saúde não é sinônimo de ausência de doença foi um passo fundamental na constituição do SUS, sobretudo no entendimento da importância de ações direcionadas à promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, tendo como referência o princípio da integralidade (Fragoso *et al.*, 2024).

Para Fragoso *et al.* (2024), a promoção da saúde refere-se à mudança no olhar sobre a saúde, tendo em vista que vários aspectos são considerados, ou seja, interessa não apenas o indivíduo em si, mas suas famílias, o trabalho, a alimentação, o estilo de vida, etc. Com base nessa perspectiva que as ações de promoção da saúde devem pautar-se, em um trabalho articulado, envolvendo a participação social.

De acordo com Paim (2009), promover a saúde é incentivar e impulsionar, por meio de ações, a saúde e a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Já a proteção refere-se à redução ou eliminação de riscos à saúde, por meio de ações específicas. Entende-se recuperação como processo que exige diagnóstico precoce, tratamento e eliminação da doença ou agravo.

Pensar Políticas Públicas para um país que possui uma extensa área territorial como o Brasil, diferentes realidades sociais, além de questões políticas enraizadas, é, segundo Freitas e Araújo (2018), um enorme desafio, especialmente quando esta

política é robusta, como é o caso do SUS. Dessa forma, o texto constitucional apresenta três diretrizes fundamentais para construção do SUS: a descentralização, a integralidade e a participação social.

A participação social trata-se de uma recomendação e orientação expressa no texto constitucional e documentos internacionais. Compreende-se esta diretriz como uma forma de assegurar o controle social do SUS e de enfrentar as marcas do autoritarismo, ainda muito presente nos serviços e práticas de saúde, herança da época da ditadura militar (Paim, 2009).

Ao falar sobre a integralidade no atendimento, no âmbito do SUS, é fundamental ter a compreensão da sua relação com a promoção, proteção e recuperação da saúde (Paim, 2009). Segundo Fragoso *et al.* (2024, p. 29), a integralidade fundamenta-se nos pilares da interdisciplinaridade e intersetorialidade e parte da perspectiva de “unicidade institucional dos serviços para o conjunto de ações”.

Segundo Teixeira (2011), o modelo integral perpassa por aspectos estruturais essenciais à execução das ações e serviços de saúde, como recursos humanos capacitados, locais para prestação dos serviços e recursos necessários. Essas ações e serviços referem-se não apenas à promoção da saúde de grupos específicos, mas também ao cuidado com o paciente enfermo, o trabalho epidemiológico, ambiental e sanitário, etc.

Freitas e Araújo (2018) consideram que a implementação do SUS é complexa, considerando todo aparato necessário para a articulação e coordenação das ações de saúde e de prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. A assistência não se restringe à saúde, engloba outras áreas como vacinação, vigilância sanitária, entre outras ações. Mesmo aqueles que recorrem à assistência particular, em alguma medida, são usuários do SUS. Além disso, existem os custos com procedimentos realizados no SUS em pacientes assistidos pelas operadoras de assistência à saúde particular.

Em um estudo realizado por Souza e Aguiar (2018), por exemplo, apontou que no período de 1999 a 2015, das notificações de ressarcimento cobradas às agências de planos de saúde, em atendimento a Lei nº 9.656 de 1998, apenas 55,00% foram pagas.

O SUS determina que ações e serviços devem estar integrados e organizados em redes de atenção regionalizada e hierarquizada. Teixeira (2011) entende a

integração dos serviços em saúde a partir de duas dimensões, sendo uma vertical e a outra horizontal.

A dimensão vertical trata-se do estabelecimento de hierarquia de serviços de referência (SR) e contra referência (CR), possibilitando a construção de ações em vários níveis de complexidade, isto é, primário, secundário e terciário. A dimensão horizontal refere-se à articulação de ações de promoção, proteção, recuperação, que visam o enfrentamento da problemática (Teixeira, 2011).

Para Teixeira (2011), a regionalização dos serviços de saúde requer delimitação da base territorial, considerando a divisão político administrativa do país, bem como os espaços territoriais específicos para a organização. Em relação à hierarquização, observa-se o grau de complexidade tecnológica dos serviços, sendo assim, a articulação entre uma unidade simples e complexa, tem que suceder por intermédio de um sistema de serviço de referência (SR) e contra referência (CR), como já mencionado.

As RAS assumem um papel fundamental na organização dos serviços de saúde e como afirma Magalhães Junior (2014), é por meio da RAS que o princípio da integralidade se torna passível de concretização, visto que a fragmentação é apontada como sendo uma das responsáveis pela baixa qualidade do serviço e ainda a dificuldade de acesso.

Nesta direção, a APS é vista como a peça chave da RAS, conforme apontado na Portaria de Consolidação nº 3 de 2017:

APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (Brasil, 2017a).

Na APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), antes denominada Programa Saúde da Família (PSF), aproxima as equipes de saúde junto às comunidades, através das visitas domiciliares, possibilitando, dessa maneira, que o profissional conheça o cotidiano da população do território. De acordo com Freitas e Araújo (2018), a visão holística distancia o olhar reduzido às especialidades médicas ou órgãos, e aproxima-se de uma visão que percebe as pessoas a partir do seu contexto na sociedade, na família e na assistência à saúde que recebem.

Como exemplo, pode-se citar a saúde da pessoa idosa, que passou a ser vista para além da geriatria. O foco passa a ser a ótica da saúde coletiva, e esta perspectiva acompanha outros públicos como criança e adolescente, pessoas com doenças e ou transtornos mentais, entre outros (Freitas; Araújo, 2018). Nessa direção, paralelamente às regulamentações da saúde no Brasil para atender as necessidades gerais da população, normativas foram sendo elaboradas com vista ao enfrentamento das demandas de grupos específicos (Torres *et al.*, 2020).

A abordagem à saúde da pessoa idosa no Brasil é verificada através de normativas, como Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Regulamentada em 2006 pela Portaria 2.528, a PNSPI configurou-se como um dos primeiros e importantes avanços na atenção à saúde da população idosa. A normativa prevê uma atenção adequada e digna ao grupo etário, mas especialmente àquelas pessoas idosas com histórico de doenças e agravos que limitam o bem-estar (Brasil, 2006a).

O intuito da PNSPI, segundo a Portaria, é “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2006a).

Neste sentido, a Portaria expõe as seguintes diretrizes:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Brasil, 2006a).

Os desafios na atualidade referem-se às exigências que são postas ao SUS para atender às novas demandas atuais e futuras. Essas demandas direcionam-se às ações que contemplem todos os níveis de atenção à saúde da população idosa, em especial as de prevenção e promoção. Embora exista uma parcela da população idosa considerada saudável, existe outra, que demanda uma atenção mais especializada (Miranda *et al.*, 2016).

Para Veras e Oliveira (2018), existem algumas particularidades da população idosa que advém com o processo de envelhecimento, como o surgimento de doenças crônicas e múltiplas, maior fragilidade e diminuição dos recursos financeiros e sociais. Verifica-se que, nesta fase da vida, a demanda pelos serviços de saúde é maior, exigindo um olhar cuidadoso e de acompanhamento sistemático.

A PNSPI, conforme afirmado por Duarte e Moreira (2016), inscreve-se na lógica da integralidade. Isto é, parte da concepção que a população idosa é heterogênea, cada sujeito possui peculiaridades e carrega consigo diferentes questões. Sob essa ótica, a PNSPI traz exigências quanto à prática de cuidados à pessoa idosa em relação a uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, observando a interação entre os vários aspectos da vida que influenciam a saúde.

O documento “Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral”, publicado em 2014, oferece em seu texto uma discussão relevante ao propor um modelo em conformidade com as diretrizes da PNSPI e outras normativas. O referido documento resulta de discussões do XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde com a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, e tem por propósito contribuir para a discussão acerca da organização do cuidado disponibilizado à pessoa idosa pelo SUS, de modo a fomentar ações em desenvolvimento e sugerir planos que assegurem articulações e qualifiquem o cuidado (Brasil, 2014).

Nessa direção, em 2018, também foi publicado o documento “Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde” com o objetivo de orientar sobre a linha de cuidados em relação à organização estratégica da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. No documento, o Ministério da Saúde, reconhece que mesmo com todas as normativas e diretrizes publicadas sobre a atenção à saúde da pessoa idosa, permanecem os desafios referentes à invisibilidade do grupo etário, da fragmentação das ações, da carência de equipe multiprofissionais; da desigualdade social, étnico racial e de gênero, entre outros (Brasil, 2018a).

Nesse documento, foram definidos os pontos de atenção necessários à garantia da integralidade e construção da intersectorialidade, não apenas nos serviços da saúde, mas também os outros setores, observando os seguintes perfis funcionais de pessoas idosas: independentes e autônomas; com declínio funcional; e dependentes (Brasil, 2018a).

No que concerne aos instrumentos, serviços e abordagens que contribuem para integralidade do cuidado à pessoa idosa na Atenção Básica, o documento aponta a avaliação multidimensional através da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; serviços desenvolvidos pelas ESF e equipes multiprofissionais; Consultórios de Rua; Projeto Terapêutico Singular; Programa Academia da Saúde. Já na Atenção Domiciliar, o serviço pode ser acompanhado ou pela ESF ou pelo Serviço de Atendimento Domiciliar, por meio do “Programa Melhor em Casa”, a diferença é que este último possui critérios de elegibilidade, vulnerabilidade e intensividade do cuidado. Além da Atenção Básica e Atenção Domiciliar, destacam-se a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar; a Atenção às Urgências e Emergências; os cuidados prolongados e os cuidados paliativos (Brasil, 2018a).

Como apresentado, são diversos os serviços preconizados em normativas para atendimento à pessoa idosa na atenção primária, secundária e terciária. No contexto da Atenção Primária, os serviços abrangem atendimentos das mais variadas demandas, desde a pessoa que tem autonomia até aquela que depende de cuidados de terceiros. Além disso, há também o olhar sobre a pessoa que vive em outras condições diferentes do domicílio, que se encontra em situação de rua, ou em instituição de longa permanência, por exemplo. Na atenção secundária, os serviços se voltam para o atendimento de demandas que exigem um olhar de profissionais especializados; já a nível terciário consistem em serviços que exigem a atenção hospitalar. O “Programa Melhor em Casa” configura-se em uma importante estratégia para o olhar sobre a pessoa em processo de alta hospitalar e adaptação em casa.

Importante elucidar que envelhecer não significa dependência, porém nessa fase da vida, há uma maior ocorrência de doenças e ou agravos, e por isso é primordial considerar os vários aspectos da vida que interferem na saúde da pessoa, sua história, o contexto em que vive, sua rede de apoio, entre outros. Partindo desse pressuposto, a atenção à saúde da pessoa idosa perpassa pela compreensão de que a população idosa é heterogênea, cada sujeito possui singularidades e para tanto se faz necessários serviços que atendam às suas mais variadas demandas.

Na próxima subseção, apresenta-se a Política de Assistência Social, contextualizando como decorreu sua construção e os desdobramentos no atendimento à pessoa idosa.

2.1.3 Política de assistência social e o atendimento à pessoa idosa

Compreender a atual conjuntura da Política de Assistência Social implica retomar o contexto histórico, político e social desde a sua gênese filantrópica no Brasil até o seu reconhecimento no campo do direito. A assistência social no país, da sua concepção até a CF de 1988 vinculava-se à filantropia e à benemerência. Somente após a promulgação da Carta Magna, a assistência social foi reconhecida como um direito e um dever do Estado (Dantas, 2016).

Segundo Dantas (2016), a assistência social configura-se como um preceito de enfrentamento às questões sociais que emergem na sociedade, abordando aspectos relativos à desigualdade e à injustiça social, oriundos das contradições do modelo capitalista.

Nesta perspectiva, Behring e Boschetti (2006), consideram que as políticas sociais e medidas de proteção social são consequências, respostas e modos de enfrentar as diversas questões sociais que revelam no sistema capitalista através da exploração do capital sobre o trabalho.

Ressalta-se que, por muitos anos, a assistência aos pobres, necessitados e doentes foi desempenhada pela igreja ou filantropia, através da caridade e da solidariedade. Nessa época, prevalecia a concepção de pobreza como algo normal, natural ou uma fatalidade, uma construção que contribuiu para o sistema de poder, segregação e subalternização dos grupos menos favorecidos (Oliveira, 2005).

O atendimento às demandas por parte do Estado nesse período era movido por reivindicações pontuais, visando atender apenas aos interesses do capital e grupos dominantes. No Brasil, até a década de 1930, a pobreza era enfrentada como uma disfunção social e até mesmo uma questão de polícia. Foi somente a partir da década de 1980, que o Estado passou a conceber a assistência social como Política Social (Oliveira, 2005).

Os primeiros questionamentos quanto às deficiências do mercado surgiram em países com capitalismo avançado após adotarem as políticas sociais (Oliveira, 2005). Segundo Behring e Boschetti (2006), no final do século XIX e início do século XX, com a mobilização e organização da classe trabalhadora, ocorreu uma modificação na estrutura do Estado Liberal. As pautas trazidas diziam respeito à luta pela “emancipação humana”, “socialização da riqueza” e “instituição de uma sociabilidade não capitalista”, sucedendo em significativas conquistas como o direito ao voto,

liberdade de expressão e manifestação, o que não foi suficiente para romper com o capitalismo.

A emergência das políticas sociais decorreu de modo gradual e diversificado entre os países, conforme o contexto de mobilizações e forças da classe trabalhadora, o nível de desenvolvimento da produção e a relação de organização das forças junto ao Estado. Ao final do século XIX, nestes países, passam a assumir outro posicionamento diante das ações sociais, reconhecendo e desempenhando ações planejadas, amplas e de caráter obrigatório (Behring; Boschetti, 2006).

No Brasil, esse movimento ocorreu em meados da década de 1930, quando a questão social foi posta como legítima dentro da ótica do pensamento dominante. A expansão das reivindicações e mobilizações da classe operária foi de suma importância para colocar em pauta a “questão social” e levar o Estado a adotar medidas de proteção ao trabalhador e sua família. Destaca-se o período de 1937 a 1945, denominado Estado Novo, em que políticas sociais foram desenvolvidas com vista ao atendimento às exigências da urbanização e da industrialização. Salário mínimo, saúde do trabalhador e outras intervenções relacionadas a aspectos educacionais e serviços sanitários foram algumas das conquistas que marcaram a década de 1930 (Yazbek, 2008).

Entre 1930 a 1980, o enfrentamento das questões sociais por parte do Estado no Brasil, foi determinado pela criação de leis como o Código de Menores em 1926 e a Lei Eloy Chaves em 1923. A criação da Legião Brasileira de Assistência – LBA ocorreu em 1942 para responder às demandas das famílias dos soldados brasileiros que serviam a Segunda Guerra Mundial (Behring; Boschetti, 2006).

Yazbek (2008) esclarece que, neste período no Brasil, a atuação do Estado pautou-se em diminuir as desigualdades, preservar a estabilidade e garantir os direitos sociais, embora isso não tenha sido suficiente para a instauração de um Estado de Bem Estar Social. Para a autora, ocorreu neste período uma tentativa em administrar as questões sociais mediante políticas sociais que priorizavam os seguros sociais.

Ressalta-se, com base nas argumentações de Yazbek (2008), que a promulgação de 1937 instaurou um dualismo, no qual os trabalhadores da indústria, formalmente empregados, eram reconhecidos como sujeitos vinculados ao sindicato, enquanto aqueles que trabalhavam informalmente eram enquadrados como pobres atendidos por instituições de caridade. Ainda segundo a autora, o que se verifica é uma assistência insuficiente e precária, que concebe a ideia de para o pobre qualquer

coisa satisfaz. Nesta época, o Estado aparece como um incentivador à benemerência, inclusive regulando-as através do Conselho Nacional de Serviço Social, instituído em 1938.

Segundo Behring e Boschetti (2006), a CF de 1937 e, posteriormente, a Consolidação de Leis Trabalhistas, promulgada em 1942, conduziram a concretização do modelo corporativista no Brasil.

No novo período, após a destituição do governo de Getúlio Vargas, conforme Behring e Boschetti (2006) foi possível observar um país com avanços significativos na urbanização e industrialização, e uma classe operária com mobilizações mais consistentes. Os anos subsequentes foram marcados por intensas turbulências, como a morte de Vargas em 1954, a renúncia de Jânio Quadros em 1961, e posteriormente o Golpe Militar em 1964, no qual instaurou a Ditadura Militar que durou até 1985.

Como exposto, a assistência social até a década de 1980 caracterizou-se pela adoção de programas sociais pontuais, utilizando de práticas assistencialistas e, muitas vezes, clientelistas. Para Dantas (2016), os movimentos sociais foram fundamentais para o enfrentamento ao autoritarismo e à repressão, propiciando a construção de leis e normas direcionadas à garantia de direitos sociais, como a Assistência Social.

Com a promulgação da CF em 1988, a Assistência Social passa a compor o tripé da Seguridade Social, junto à Previdência Social e à Saúde. O Artigo 203 da CF define que a Assistência Social carece ser prestada a quem dela necessitar e não depende de contribuição à Seguridade Social (Brasil, 1988). Anos depois, em 1993, implementou-se a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº 8.742, com o objetivo de superar a concepção de caráter emergencial e fragmentado das ações, que perdurou por muitos anos (Dantas, 2016).

Os objetivos da LOAS são apresentados no seu Artigo 2º, que estabelece:

I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos; II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos; e III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais (Brasil, 1993).

Em relação à organização da assistência, o Artigo 5º define como diretrizes a descentralização, a participação social e a primazia da responsabilidade do Estado na administração da Política, observando o que compete a cada esfera do governo. A

referida lei estabelece a organização a partir de dois tipos de proteção: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) (Brasil, 1993).

Conforme os preceitos definidos na LOAS, a PSB refere-se aos serviços, programas, projetos e benefícios, cujo objetivo é prevenir situações de vulnerabilidade e risco social. Já a PSE direciona suas ações e serviços para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, proteção dos direitos e enfrentamento de situações de violação de direitos. É importante destacar que ambas se direcionam ao desenvolvimento das potencialidades e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (Brasil, 1993).

Os benefícios, serviços, programas e projetos de assistência tratados na LOAS incluem o Benefício de Prestação Continuada (BPC); benefícios eventuais como cestas básicas, auxílio funeral, etc.; serviços voltados ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco social e pessoal, pessoas em situação de rua e às pessoas idosas carentes que residem em Instituições de Longa Permanência (ILP). Incluem também programas assistenciais como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e aqueles disponibilizados pelos serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e de Proteção e Atendimento Especializado à Família e Indivíduos (PAEFI), além de projetos de enfrentamento à pobreza e ao Auxílio Inclusão direcionado às pessoas com deficiência (Brasil, 1993).

Segundo Yazbek (2008), a LOAS trouxe uma nova configuração para a Assistência Social, principalmente pelo caráter não contributivo e ainda por destacar a importância da integração entre o social e o econômico. Ainda que a LOAS tenha constituído uma mudança substantiva na concepção da assistência social, para a autora, na prática, há a necessidade de um trabalho articulado com outras políticas sociais, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidas pela lei. Nesta perspectiva, Dantas (2016) acrescenta que a aprovação da referida lei não foi suficiente para romper com a ideia de benemerência estatal, sendo possível observar contradições no atendimento às necessidades da população.

A primeira Política Nacional de Assistência Social foi aprovada em 1998, mas mostrou-se exígua diante das exigências da LOAS (Couto *et al.*, 2013). A consolidação da segunda Política Nacional de Assistência Social (PNAS) ocorreu em 2004 com a Resolução nº 145, visando atender às deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência realizada em 2003 e materializar as diretrizes constantes na

LOAS. O documento apresenta uma análise situacional do contexto brasileiro à época de sua elaboração e os meios básicos ao enfrentamento dos desafios (Brasil, 2005).

O documento PNAS é explícito quanto às diretrizes para executar a Assistência Social enquanto direito do cidadão e dever do Estado. Alicerçada em uma gestão compartilhada baseada em um pacto federativo, a PNAS exhibe as atribuições e competências das três esferas de governo e aspectos referentes ao financiamento, conforme já preconizado na LOAS e em normativas (Couto *et al.*, 2013).

Quanto aos objetivos, a PNAS elenca três:

I- Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitarem. II- Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural. III- Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária (Brasil, 2005, p. 33).

De acordo com Yazbek (2008), com a PNAS, o foco de interesse passou a ser a defesa pelos direitos e o atendimento às demandas sociais, principalmente das camadas mais empobrecidas, sendo fundamental para o combate à pobreza, discriminação, entre outras questões sociais identificadas na sociedade.

Os objetivos trazidos na PNAS são analisados por Couto *et al.* (2013), a partir das seguintes dimensões: do desenvolvimento de estratégias de articulação e gestão para construção de enfoques intersetoriais; da ampliação da concepção de usuários da política para cidadãos e grupos em situação de vulnerabilidade e riscos, partindo da compreensão que a abordagem por segmentos (pessoas idosas, crianças, adolescentes etc.) não contribui para superação da fragmentação. Além destas, as autoras apontam aspectos que dizem respeito à abordagem territorial e a lógica de estruturação da Política em PSB enquanto política de prevenção, e PSE direcionada ao enfrentamento de contextos de risco social e pessoal.

Entre os serviços de PSB, a PNAS destaca o serviço de PAIF: Programa de Inclusão Produtiva e Projetos de Enfrentamento da Pobreza; Centro de Convivência para Pessoas Idosas; serviços para crianças de 0 a 06 anos; serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens entre 06 e 24 anos; Programas de incentivo ao protagonismo juvenil; e centros de informação e de educação para o trabalho de jovens e adultos. A recomendação da PNAS é que estes sejam ofertados no território nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) (Brasil, 2005).

Em relação aos serviços de PSE, a PNAS os divide em média complexidade e alta complexidade. Média complexidade refere-se aos serviços que ofertam atendimentos às famílias e indivíduos com os direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários ainda não foram rompidos. Já alta complexidade entende-se que são os serviços de proteção integral aos indivíduos e famílias que estão em situação de rua ou sem referência e que necessitam de ser retirados do núcleo familiar (Brasil, 2005).

No tocante aos serviços de PSE de média complexidade, são ofertados: Serviço de Orientação e Apoio Sociofamiliar; Plantão Social; Abordagem de Rua; Cuidado no Domicílio; Serviço de Habilitação e Reabilitação na Comunidade das Pessoas com Deficiência; Medidas Socioeducativas em Meio-Aberto, sendo estes ofertados nos Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Já os serviços de PSE de alta complexidade, incluem: Atendimento Integral Institucional; Casa Lar; República; Casa de Passagem; Albergue; Família Substituta; Família Acolhedora; Medidas Socioeducativas Restritivas e Privativas de Liberdade; e Trabalho Protegido (Brasil, 2005).

Com vistas a materializar o escopo estabelecido na PNAS em 2004, em 2005, foi instituído o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). De acordo Yazbek (2008, p. 17), o SUAS “introduz uma concepção de sistema orgânico, onde a articulação entre as três esferas de governo constitui-se em elemento fundamental” e traz a seguinte definição:

[...] constituído pelo conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios no âmbito da assistência social prestados diretamente – ou através de convênios com organizações sem fins lucrativos –, por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (Yazbek, 2008, p. 17).

A criação e gestão do SUAS é permeada por muitos desafios. Segundo Dantas (2016), a concretização da assistência no cotidiano dos usuários aparece como uma lacuna em relação à construção da autonomia, e o seu enfrentamento exige rompimento com a concepção enraizada no clientelismo e assistencialismo. Questões como a importância de criar espaços de participação social e de articular com outras políticas para a consolidação da universalização dos direitos e de planos de enfrentamento da fragmentação das políticas sociais são fundamentais.

Importante destacar, com base nas reflexões traçadas até aqui e em outras normativas, que desde a CF de 1988 vem se observando ganhos significativos em relação à Política de Assistência Social e, esses avanços são notados principalmente no atendimento a grupos mais vulneráveis como criança e adolescente; pessoa com deficiência; mulheres vítimas de violência; pessoa em situação de rua; e pessoas idosas, que são o foco deste estudo.

Trazendo a discussão para perspectiva da Política de Assistência Social e o atendimento à pessoa idosa como já citado, o envelhecimento da população vem sendo alvo de muitos debates, sobretudo pela importância de criar e aprimorar Políticas Públicas que atendam às novas demandas que emergem na sociedade.

No atendimento a grupos específicos, como é o caso da pessoa idosa, a Política de Assistência Social abrange todos os entes federativos. No âmbito federal, destacam-se os serviços de PSB e PSE à pessoa idosa, além da transferência de renda para pessoas idosas que não conseguem prover sua própria manutenção ou tê-la provida por sua família. Na esfera estadual e municipal, as ações direcionam-se ao estabelecimento de parcerias com o governo federal ou instituições privadas; oferta de benefícios eventuais; constituição e normatização das Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas; e ao desenvolvimento de programas educativos e culturais voltadas para esse público (Pereira, 2006).

O BPC é um benefício assistencial, não contributivo, previsto na CF de 1988, regulamentado na LOAS. Ele garante às pessoas acima de 65 anos ou pessoas com deficiência de natureza física, mental, intelectual ou sensorial com impedimento de longo prazo, que não possuam meios de prover sua subsistência ou tê-la provida por sua família, um salário-mínimo mensal. Ambos os casos, utilizam os critérios de renda mensal per capita igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

O benefício é coordenado e regulado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), operacionalizado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) com recursos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Ressalta-se que o BPC não é vitalício e pode ser suspenso caso a pessoa idosa supere aquela condição que a fez beneficiária (Pereira, 2006).

Na PSB, a atenção à pessoa idosa acontece principalmente por meio do serviço de PAIF, através dos CRAS de cada município. O espaço destina-se a acolher, propiciar um espaço de convivência, socialização e incentivo à participação social (Pereira, 2006).

Compreende-se que a atuação do serviço PAIF, sobretudo no atendimento à pessoa idosa deve pautar-se na prevenção e proteção, com vistas a atender às necessidades, para além das demandas emergenciais de foco exclusivo em contextos de risco social. Destacam-se os serviços de PSB no Domicílio e os Serviços de Convivência e Fortalecimento dos Vínculos, que são fundamentais para atenção a esse público (Berzins *et al.*, 2016).

Berzins *et al.* (2016) argumentam sobre a importância de elaborar Políticas Públicas para as pessoas idosas para além de espaços de socialização ordenado por encontros semanais ou mensais. A crítica traçada pelos autores refere-se aos riscos de alienação e tutela da pessoa idosa, quando esta poderia assumir o papel de protagonista da Política Nacional do Idoso.

O serviço de PAIF desempenha um papel fundamental na atenção à pessoa idosa, sobretudo àquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Nesta direção, é previsto, em nível de PSB, o acompanhamento das pessoas idosas beneficiárias do BPC e suas famílias, no sentido de fortalecimento de suas capacidades, prevenção de situações de violência e de violação de direito (Berzins *et al.*, 2016).

Berzins *et al.* (2016) salientam a necessidade de priorizar o apoio às pessoas idosas pelo PAIF. As autoras compreendem que as peculiaridades do processo de envelhecimento de membros da família podem causar atrito nas relações intergeracionais, devido à diminuição da autonomia da pessoa idosa, que acaba tornando-a mais dependente da família. Ainda segundo as autoras, é essencial o trabalho de fortalecimento de vínculo familiar e comunitário, uma vez que colabora para a prevenção do isolamento da pessoa idosa; da institucionalização; e do incentivo à participação da pessoa idosa nas decisões da família em direção ao reconhecimento da sabedoria e experiência.

O trabalho do serviço PAIF também se direciona àqueles que assumem os cuidados da pessoa idosa mais fragilizada. Parte-se da perspectiva de que é primordial “cuidar de quem cuida”, para tanto, o desenvolvimento de um trabalho para minimizar os desgastes emocionais e físicos do processo de cuidado é fundamental para evitar o isolamento do cuidador e proteger os direitos daqueles que recebem os cuidados (Berzins *et al.*, 2016).

Em relação aos serviços de PSE de média complexidade no atendimento à pessoa idosa em situação violação de direito, esses têm de ser referenciados, tanto

para o CREAS para acompanhamento pelo serviço de PAEFI, quanto para o CRAS para inclusão no serviço de PAIF (Brasil, 2009a).

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviço Socioassistenciais, regulamentada pela Resolução nº 109 de 2009, a inclusão de famílias e indivíduos no PAEFI deve acontecer quando identificada a ocorrência de violações de direito. No caso da pessoa idosa, podem se tratar de:

Violência física, psicológica e negligência; Violência sexual: abuso e/ou exploração sexual; [...] Tráfico de pessoas; Situação de rua e mendicância; Abandono; [...] Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; Outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem estar (Brasil, 2009a, p. 29).

É urgente a discussão sobre a violação de direito contra a pessoa idosa e os dispositivos necessários para o seu enfrentamento. Para se ter uma ideia da gravidade, um estudo realizado por Camacho *et al.* (2024), com base nos dados do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, constatou-se que, em apenas três anos (2020 a 2023), foram contabilizadas 408.395 mil denúncias de violência contra a pessoa idosa no Brasil. Segundo os autores, a identificação dos casos de violência passa pela integração das equipes, definição de fluxos de atendimento e serviços especializados de atendimento à pessoa idosa vitimada.

Ainda sob a perspectiva da PSE, a atenção às pessoas idosas com grau de dependência, seus cuidadores e familiares, deve ser prestada por meio da oferta de atendimento especializado, com o objetivo de promoção da autonomia, inclusão social e melhora da qualidade de vida das pessoas. Ademais, do desenvolvimento de ações especializadas com vista à superação da situação de violação de direito, dentre outros. O atendimento à pessoa idosa em situação de rua e mendicância está previsto no atendimento, por meio do serviço de PSE (Brasil, 2009a).

Os serviços de PSE de alta complexidade no caso da pessoa idosa dizem respeito ao acolhimento institucional provisório, quando os vínculos familiares foram rompidos ou se encontram fragilizados e, em último caso, a institucionalização de longa permanência. Existem quatro modalidades de acolhimento institucional: Abrigo Institucional – Instituição de Longa Permanência para pessoas idosas (ILPI), Casa - Lar; Casa de Passagem e Residência Inclusiva (Brasil, 2009a).

No que concerne à institucionalização, ressalta-se o Art. 3º, inciso III, da Política Nacional do Idoso, da Lei nº 8.842, de 1994, que traz “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 sobrevivência” (Brasil, 1994). Para Berzins *et al.* (2016), a institucionalização deve ocorrer em último caso, uma vez que existem alternativas como criação de centros de convivência, centros de cuidados diurnos, atendimento domiciliar, entre outros.

De acordo com Giacomini (2022), em 2019, através de um censo realizado pelo SUAS anualmente, foram identificados cerca de, 29.319 homens e 30.769 mulheres, acolhidos em instituições, os quais aproximadamente 93% estão institucionalizadas em ILPIs. A autora considera que um caminho possível para adiar ou prevenir institucionalizações seria através da implantação de Centros-Dia, uma vez que estes poderiam apoiar as famílias no cuidado com as pessoas idosas frágeis.

Pensar Políticas Públicas voltadas para a pessoa idosa traz exigências quanto ao entendimento de como se dá o processo de envelhecimento, das necessidades específicas da população idosa e as questões sociais que emergem na contemporaneidade. A PNI foi uma das primeiras legislações direcionadas ao segmento populacional com o objetivo de assegurar os direitos sociais da pessoa idosa e criar condições para promoção da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Brasil, 1994).

A PNI apresenta, no Art. 4º, nove diretrizes. Em síntese, referem à integração intergeracional; participação da pessoa idosa nos espaços representativos; prioridade da atenção à pessoa idosa no âmbito familiar em desfavor ao atendimento asilar, exceto nos casos de pessoas idosas que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; descentralização político-administrativa; implantação de sistemas de informação com vista à publicização dos serviços, programas, etc., nos três entes federativos; determina a criação de instrumentos para divulgar informações acerca dos aspectos biopsicossociais do envelhecimento; prioridade no atendimento da pessoa idosa em serviços públicos e privados, quando desabrigados e sem família; incentivo a estudos e pesquisas que tratam de envelhecimento (Brasil, 1994).

Em 2019, por meio de um Decreto Presidencial 9.921 de 2019, foi consolidado atos normativas que tratam da temática pessoa idosa referente às competências e à implementação da Política Nacional do Idoso (PNI), das modalidades atendimento no caso da pessoa idosa sem vínculo familiar ou sem condições de prover sua própria sobrevivência; do atendimento preferencial e da assistência asilar; da Estratégia Brasil

Amigo da Pessoa Idosa e do acesso preferencial ao transporte coletivo pela pessoa idosa (Brasil, 2019).

De acordo com o Decreto, cabe ao Governo Federal, por meio do então Ministério da Família e dos Direitos Humanos, dentre várias atribuições em conformidade com as diretrizes da PNI, coordenar a Política Nacional do Idoso, articular e apoiar a estruturação da rede de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa. A lei também traz as responsabilidades do INSS no que tange aos direitos previdenciários; ao Ministério do Desenvolvimento Regional por meio da Secretaria Nacional de Desenvolvimento Regional e Urbano, em relação aos programas habitacionais e concessão de créditos para acesso a moradia, além de adaptações com vistas ao aprimoramento das condições de habitabilidade para as pessoas idosas etc.; o Ministério da Educação em articulação com outros órgãos, viabilizar e estimular a inclusão da pessoa idosa; e o Ministério Saúde por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde em articulação com secretarias dos estados, municípios e DF (Brasil, 2019).

A pasta sobre assuntos que tratam da Pessoa Idosa no governo federal vigente está sob a responsabilidade do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania (MDHC). Alguns programas e projetos em andamento como “Programa Envelhecer no Território” (Portaria 561 de 04 de setembro de 2023), “Programa Viva Mais Cidadania” (Portaria 627 de 02 de outubro de 2023) “Projeto Viva mais Periferia”, “Projeto Vida Digna em Casa”, “Projeto Educação para Toda a Vida” entre outros. De acordo com MDHC, vem sendo elaborado um Plano Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, pautado nos seguintes eixos: proteção à vida e à saúde integral; ampliação e garantia dos direitos; participação social; proteção contra qualquer forma de violência, abandono social e familiar; e aprimoramento da PNI e outras normas (Brasil, 2023b).

Considera-se que foram significativos os avanços nas leis e documentos orientadores para a execução das políticas públicas de promoção da saúde e da assistência social à pessoa idosa, sendo possível observar uma evolução na forma de enxergar a pessoa idosa e suas especificidades. No entanto, ainda parece insuficiente frente às questões que se apresentam no contexto prático.

A seguir, apresenta-se as diretrizes políticas da intersetorialidade.

2.2 DIRETRIZES POLÍTICAS DA INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade assume um papel fundamental na Política Social, e no caso da assistência social e da saúde que integra o tripé da seguridade social, essa atribuição adquire relevância, sobretudo pela necessidade de efetivação da Proteção Integral (Schutz; Mito, 2010).

Neste sentido, as próximas subseções discutem-se as aproximações conceituais acerca da Intersectorialidade e as Diretrizes Políticas da Intersectorialidade na Política de Saúde, Política de Assistência Social e Políticas Públicas direcionadas especificamente à pessoa idosa.

2.2.1 Intersectorialidade: aspectos conceituais

A intersectorialidade tem sido discutida em diferentes áreas do conhecimento como Serviço Social, Sociologia, Administração, entre outras. Verifica-se que nas produções bibliográficas, diversas abordagens e ideias que remetem a diferentes conceitos e enfoques sobre o tema intersectorialidade (Schutz; Mito, 2010). Mas, para Souza e Monnerat (2022), ainda falta compreensão do conceito de intersectorialidade no campo teórico e político. Essa falta de entendimento traz implicações, segundo as autoras, na elaboração, implementação e avaliação de Políticas Públicas, contribuindo dessa maneira para sua permanência no campo secundário da agenda pública e maior enfraquecimento da ação intersectorial.

Com base em uma pesquisa realizada, Schutz e Mito (2010) identificaram que a intersectorialidade em muitos estudos é apreendida ou como complementaridade de setores, ou como prática ou como princípios do trabalho com redes (Schutz; Mito, 2010).

A intersectorialidade, sob a ótica da complementaridade dos setores, é apreendida como uma nova abordagem em que não se nega à setorialidade, o que se visa é atender as demandas da população a partir da perspectiva de totalidade e superação da fragmentação. Já a intersectorialidade como prática é apreendida em estudos enquanto construção de práticas intersectoriais, sob a ótica de que cada setor contribui com seu fazer de maneira articulada, a partir de um modelo em formato de espiral. Em relação à intersectorialidade como princípio do trabalho com redes, a discussão traçada nos estudos, pauta-se na compreensão de redes enquanto

articulação, conexão, relações horizontais, como alternativa para superar a fragmentação e enfrentar as questões sociais (Schutz; Mito, 2010).

São diversas discussões em torno do conceito de intersectorialidade no campo das Políticas Públicas. Junqueira (2000, p. 42) define intersectorialidade como “uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais”. Ainda segundo o autor, a intersectorialidade engloba concepção de integração, território, direitos sociais e equidade. Parte da compreensão que cada política encara os problemas sociais a seu modo, não observa o cidadão na sua totalidade e nem as outras políticas que também estão em busca de proporcionar às pessoas qualidade de vida.

No campo das Políticas Públicas, existem muitas discussões acerca do grau de importância das políticas setoriais, sobretudo as econômicas, sociais e de desenvolvimento urbano. Ressalta-se que são vários aspectos envolvidos na elaboração e implementação de Políticas Públicas setoriais, a começar pela hierarquização daquelas definidas como macroeconômicas (Nascimento, 2010).

Para Nascimento (2010), é comum, no âmbito das Políticas Públicas, que os interesses individuais se sobreponham aos interesses coletivos. Como exemplo, a autora cita os partidos políticos, os movimentos sociais, os conselhos e a própria sociedade quando elege quem vai os representar. Na análise de uma política pública sob a ótica da intersectorialidade, segundo a autora, é primordial observar a gestão administrativa nos vários níveis de governo e a forma como se posiciona diante da política pública.

De acordo com Souza e Monnerat (2022), existe um consenso na literatura recente acerca da intersectorialidade enquanto plano de gestão intersectorial que aspira à articulação das ações de proteção social, mas mantendo a lógica setorial. Embora exista um entendimento que a racionalidade de organizar o Estado se caracteriza por percepções limitadas e práticas fragmentadas, as autoras consideram ser uma discussão “superada”.

A intersectorialidade nas Políticas Públicas, segundo Junqueira (1997), se mostra como sendo um caminho possível para o enfrentamento das novas demandas que se apresentam na atualidade. Porém, essa nova forma de atuar requer mudanças na prática e na cultura organizacional do aparato governamental. Tratar cidadãos e seus problemas de forma integrada, pautado em um planejamento articulado, não é suficiente, sendo necessárias novas concepções, valores e práticas.

O novo fazer abrange mudanças de valores e da cultura que perpassam pela prática diária, não apenas no interior das organizações, mas também da relação diária entre as pessoas, do funcionamento interno e externo às organizações e os líderes que surgem desse processo (Junqueira, 2000).

Analisar os problemas sociais na atualidade exige um olhar sistêmico, não é possível percebê-los de modo isolado, uma vez que são interligados e interdependentes. Nesse sentido, as exigências que se apresentam requerem mudanças na concepção e na linguagem. Por isso, é necessário sair do modo mecânico que não consegue assimilar as transformações da sociedade (Junqueira, 2000).

Dessa forma, a intersetorialidade consiste em uma nova realidade que prevê mudanças das práticas organizacionais e das relações sociais que se constituem entre os atores. Tais práticas organizacionais, conforme Junqueira (2000), consistem em integrar saberes e experiências, de modo que os sujeitos sejam capazes de compreender os seus problemas de forma integrada e buscar respostas apropriadas à realidade social.

Wanderley *et al.* (2020) afirmam que a intersetorialidade transcende a iniciativa individual de profissionais e equipes, requer decisões institucionais e políticas, de maneira a romper com a cultura política da setorização. Os desafios emergem da “construção de bases políticas e de mecanismos intersetoriais que estabeleçam a comunicação, articulação e a formação de uma nova cultura organizacional entre órgãos e agentes públicos” (Wanderley *et al.*, 2020, p. 10).

No contexto das organizações, a intersetorialidade se aproxima conceitualmente da transetorialidade, “a articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos”. Segundo Inojosa, a estrutura governamental é dividida em “conhecimento”, “saberes”, “por corporações”. E complementa “[...] ninguém encara as pessoas e as famílias como as totalidades que são” (Inojosa, 2001, p 104).

Com base na teoria de Morin³, Inojosa (2001) afirma que a vida é construída conjuntamente e não é possível desvinculá-la. Justamente pela complexidade dessa trama que as disciplinas não têm percebido a diversidade articulada (Inojosa, 2001).

³ Edgar Morin é um teórico muito utilizado na área educacional devido a sua abordagem sobre a complexidade e a transdisciplinaridade, cujas reflexões estão alinhadas ao tema abordado neste estudo (Bellesa, 2021).

Para Morin (2007), as disciplinas construíram seus saberes de modo isolado e com o objetivo de findar as questões. No entanto, segundo a sua teoria, é preciso superar a fragmentação do conhecimento, visto que as limitações setoriais dificultam observar a diversidade.

De acordo com Morin (2007), a tradição do pensamento que estrutura as escolas primárias estabelece uma redução do complexo ao simples, une o que é múltiplo e separa o que está interligado. Esse pensamento fragmentado e isolado possibilita aos especialistas uma performance eficaz dentro dos seus compartimentos e dos setores considerados não complexos, porém essa inteligência que separa, reduz o complexo em fragmentos, limita a compreensão integral dos problemas.

Alinhado às reflexões de Morin, Nogueira (2001) aponta que, em vez de uma inteligência que separa o complexo em pedaços e que fragmenta os problemas, é necessária uma concepção que observe a totalidade e a integração (Nogueira, 2001).

Os problemas que se apresentam na contemporaneidade exigem uma capacidade de pensar a partir de sua multidimensionalidade. Contudo, o que se observa é uma inteligência cega na maioria das vezes porque, ao unidimensionalizar, ceifa todas as oportunidades de compreensão e de reflexão crítica. Segundo Morin, é uma inteligência irresponsável, que não tem capacidade de enfrentar o contexto e a complexidade planetária (Morin, 2007).

Nessa perspectiva, Morin (2007) destaca a necessidade de reforma do pensamento e de reconhecer a interdisciplinaridade. Embora a transdisciplinaridade esteja sendo concebida em diferentes estudos, como os da saúde, do envelhecimento, da cidade, entre outros, essas abordagens ainda têm sido insuficientes para promover as mudanças significativas.

A reforma do pensamento, segundo Morin (2007), se traduz na constituição do pensamento a partir do contexto e do complexo. Nesse sentido, o complexo exige um pensamento que perceba as relações, inter-relações, fenômenos multidimensionais, contextos concomitantemente solidários e conflitivo. É um pensamento organizador que compreende a importância da relação de reciprocidade entre todas as partes, que a diversidade e a unidade sejam respeitadas (Morin, 2007).

A “Carta da Transdisciplinaridades” apresentada no I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade por Freitas, Morin e Nicolescu, em 1994, Portugal, corrobora com a discussão traçada até aqui. O documento elenca 14 princípios considerados essenciais para os seus signatários. Nos artigos iniciais da Carta, são apresentadas

as concepções de ser humano e de realidade, abordando que qualquer forma de redução do ser humano a uma definição ou estrutura, assim como qualquer limitação da realidade social a um só nível, não condizem com a visão transdisciplinar (Suanno, 2022; Morin *et al.*, 1994).

Outro aspecto apontado na Carta refere-se ao ponto central da transdisciplinaridade, que consiste em unir sentido e prática dos conteúdos “através” e “para além” das disciplinas. A Carta complementa que a visão transdisciplinar transcende para além do campo das ciências exatas e ressalta a importância do diálogo e aproximação com outras áreas do saber, como a ciências humanas, artes, literatura, etc. (Morin *et al.*, 1994).

O documento também reconhece a historicidade na análise de fenômenos a partir dos conceitos de tempo e história, além de adotar uma abordagem transcultural, compreendendo a existência de um horizonte trans-histórico. Nessa perspectiva, parte-se do entendimento que a transdisciplinaridade não constitui uma nova religião, filosofia, metafísica ou ciência. Além disso, adota como princípio a economia transdisciplinar, aprendendo que a economia deve estar a cargo do ser humano e não o contrário, o que permite refletir sobre as implicações do capitalismo na vida das pessoas (Suanno, 2022; Morin *et al.*, 1994).

A Carta também discute sobre o saber compartilhado com vistas ao respeito às diferenças. Finaliza apresentando as características fundamentais da atitude e visão transdisciplinar em relação ao rigor, abertura e tolerância, isto é, considera a importância de argumentar com base nos dados; aceitar o desconhecido, o inesperado, aquilo que não é possível prevê e por último reconhecer o direito às ideias e críticas contrárias (Suanno, 2022; Morin *et al.*, 1994).

Ademais, conforme apontado por Inojosa (2001), tratar os problemas sociais de forma separada não contribui para a melhora da qualidade de vida das pessoas, o desenvolvimento, nem tampouco supera a exclusão social. É preciso transpor o conceito de transdisciplinaridade no âmbito das organizações, e para além da perspectiva de juntar setores, o que se almeja é a criação de uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional.

2.2.2 Diretrizes políticas da intersectorialidade no contexto da saúde e da assistência social

Na Política de Saúde, a intersetorialidade aparece vinculada ao conceito ampliado de saúde. Schutz e Miotto (2010) consideram que não é possível promover a saúde de um indivíduo sem considerar as suas necessidades básicas, como educação, lazer, saneamento, etc.

Para as autoras, o modelo biomédico é insuficiente para responder plenamente aos determinantes do processo saúde / doença e o que a literatura aponta refere-se a uma dificuldade em promover a saúde a partir da atuação de um único setor, pois implica o envolvimento de outras Políticas Públicas no atendimento às necessidades dos indivíduos (Schutz; Miotto, 2010).

As exigências apresentadas com a institucionalização da Lei 8.080 de 1990 referem-se a um reordenamento da política, da organização dos processos de trabalho e das práticas profissionais, tendo em vista a nova concepção de saúde e a compreensão do indivíduo na sua totalidade (Schutz; Miotto, 2010).

Para Junqueira (2000, p. 43-44), o SUS configura-se como projeto de caráter transectorial, visto que a “concepção de saúde que o informa não se circunscreve a saberes específicos” e acrescenta que o SUS “é um projeto de promoção da saúde, e é nessa dimensão que ele precisa ser resgatado, como parte de um projeto maior de uma sociedade solidária”.

Ainda segundo Junqueira (2000), o SUS, enquanto projeto político, carece de atualizações, dado que foi criado em um contexto histórico. Para o autor, a sua construção ultrapassa a simples criação de leis e afirma que “há uma distância significativa entre o discurso e a prática” (Junqueira (2000, p. 44).

A princípio, a dimensão da intersetorialidade é incorporada no SUS, mediante uma das diretrizes estabelecidas na Lei 8.080 de 1990, no Artigo 7º, inciso I. No entanto, a intersetorialidade não é apresentada no documento de maneira expressa, como é possível observar: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990a).

A Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), instituída em 2006, foi um dos primeiros movimentos a nível nacional a abordar a intersetorialidade enquanto estratégia de enfrentamento dos problemas sociais. Destaca-se que desde a sua implementação até a atualidade, muitos acontecimentos contribuíram para

constituição de novos cenários tanto no âmbito nacional, quanto internacional (Brasil, 2018b).

No âmbito internacional, ressalta-se a 8ª Conferência de Helsinque, realizada no ano de 2013, o qual apontou a ação intersetorial e as Políticas Públicas saudáveis como pontos centrais para promoção da saúde e equidade no acesso à saúde (OPAS, 2013). A Declaração de Helsinque, assim como a Declaração de Adelaide de 2010, deixam em evidência que o alcance dos objetivos ocorre com mais facilidade quando todos os setores se unem e introduzem o bem-estar e a saúde como aspectos centrais do desenvolvimento da política (Brasil, 2018b).

Entre as diretrizes da PNPS que tratam da intersetorialidade, destaca-se “o estímulo à cooperação e à articulação intrassetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde” e apresenta as responsabilidades de cada ente federativo em promover articulação setorial para efetivação da PNPS (Brasil, 2018b).

A intrassetorialidade que o documento traz refere-se ao exercício de desfragmentar as ações e serviços oferecidos por um setor, em um movimento de construção e articulação de redes. Já em relação à intersetorialidade, a PNPS define como processo de articulação de saberes e práticas entre sujeitos, grupos e setores a partir do compartilhamento de intervenções, responsabilidades e gestão (Brasil, 2018b).

A intersetorialidade também é reafirmada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria 2.488 de 2011 e posteriormente revisada pela Portaria 2.436 de 2017. A PNAB estabelece, entre suas diretrizes, a territorialização e a adstrição e ressalta o planejamento, a programação e o desenvolvimento de ações setoriais e interssetoriais, partindo da perspectiva dos aspectos condicionantes e determinantes de saúde dos coletivos que constituem o espaço territorial. Ou seja, aspectos demográficos, econômicos, sociais, epidemiológico, cultural, etc.; coordenação do cuidado, quando define sobre a articulação com outras frentes das redes de saúde e interssetoriais, públicas, mas também com aquelas comunitárias e sociais; e ainda a participação da comunidade (Brasil, 2017b).

A PNAB traz no artigo 5º sobre a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica:

[...] condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (Brasil, 2017b).

A PNAB traça uma série de características e funções necessárias à Atenção Básica, que a coloca como preferencial para os usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Verifica-se que, ao longo do documento, a intersectorialidade aparece tanto para elucidar a importância de ações intersectoriais no processo de trabalho da Atenção Básica quanto para definir competências dos órgãos, equipes e profissionais de saúde. Como atribuição comum a todos os profissionais da equipe da Atenção Básica, a PNAB define que estes deverão “identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais” (Brasil, 2017b).

Entre as características essenciais para o processo de trabalho na Atenção Básica, a PNAB aponta o desenvolvimento de ações intersectoriais em consonância com equipamentos do SUAS, escolas, associação, projetos sociais e comunitários que estejam direcionados à atenção integral (Brasil, 2017b).

A atenção integral, no contexto da saúde, é concebida tanto na área político-administrativa como na atenção à saúde. A primeira, diz respeito à forma como são organizados os sistemas e os serviços de saúde, considerando os níveis de atenção e a integração entre os setores; e a segunda, refere-se à relação entre realidade social e produção de saúde, partindo de uma perspectiva entre troca de saberes e práticas. Como resultado, tanto a intersectorialidade quanto a interdisciplinaridade são introduzidas na discussão (Miotto; Nogueira, 2009).

Trazendo a discussão para o campo da Política de Assistência Social, a intersectorialidade emergiu com o processo de descentralização em curso no Brasil pós CF de 1988. Faustino (2013) considera que, apesar das leis promulgadas a partir de princípios constitucionais, é difícil expressá-las no contexto prático.

Segundo a PNAS, os problemas sociais que emergem na sociedade são complexos e contraditórios, principalmente quando se trata das relações intrafamiliares e da família com outros segmentos da sociedade. Nesse sentido, a efetivação da Política de Assistência Social se depara com muitos desafios na sua formulação e sua execução (Brasil, 2005).

A PNAS parte de três principais pressupostos: territorialização, descentralização e a intersectorialidade. Neste sentido, é importante destacar que a

operacionalização desta Política é estruturada em rede com base no território, desse modo, uma direção possível de superação da fragmentação da política diz respeito à prática (Brasil, 2005).

A descentralização político administrativa é uma das diretrizes estabelecidas na LOAS, trata-se da organização e a gestão da Política de Assistência Social. Tal diretriz parte da concepção que a Política se expressa em cada nível da federação, conforme preconizado no Artigo 11º:

As ações das três esferas de governo na área de assistência social realizam-se de forma articulada, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos programas, em suas respectivas esferas, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios (Brasil, 1993).

Aliada à descentralização, a territorialização também foi incluída nas discussões da PNAS ao abordar aspectos como a densidade populacional, o alto grau de heterogeneidade e a desigualdade sócio territorial. De acordo com a PNAS (2004), a definição de prioridades de ações, programas e projetos com base no entendimento de homogeneidade por segmentos não é suficiente, tendo em vista a realidade do país expressa pela desigualdade social. Nesta perspectiva, para além do atendimento às demandas setoriais e por segmentos, faz-se necessário junto a esse processo, considerar uma abordagem intersetorial, uma vez que contribui para o acesso e a qualidade dos serviços ofertados (Brasil, 2005).

Para Faustino (2013, p. 4) “a descentralização e a intersetorialidade inovam a gestão pública, enquanto a descentralização transfere o poder para junto dos que utilizam os serviços prestados, a intersetorialidade integra as Políticas Públicas”. Segundo a autora, a Política de Saúde foi uma das áreas que mais avançou em termos de descentralização, apesar das limitações estruturais que ainda persistem na sociedade que faz exigências quanto ao enfrentamento intersetorial.

Ainda que a Assistência Social seja, dentre as áreas que constitui o tripé da Seguridade Social, a que tem mais compreensão da importância da intersetorialidade, segundo Monnerat e Souza (2011), é também a que se depara com maior dificuldade em relação à capacidade institucional, política e financeira. Segundo as autoras, este contexto pode ser observado na dificuldade por parte dos municípios em implantar os equipamentos que prestam serviços de PSB e PSE como os CRAS e CREAS.

Outro aspecto importante abordado por Monnerat e Souza (2011, p. 47), refere-se ao pouco compromisso por parte dos governantes em relação aos serviços

socioassistenciais. As autoras apontam que a explicação possa ser encontrada “entre outras, na própria natureza da clientela da assistência social, ou seja, cidadãos marginalizados da esfera econômica que também não se fazem representar no campo da política”. Nesse sentido, a discussão traçada pelas autoras se direciona ao entendimento que a intervenção da assistência social deve partir de uma posição proativa frente às demandas multifacetadas que requerem soluções para além das repartições setoriais.

Monnerat e Souza (2011) consideram que apesar dos desafios apresentados na implementação da Política de Assistência Social, a LOAS inaugurou um novo debate institucional na perspectiva de mudanças conceituais, estruturais e das relações interinstitucionais e intergovernamentais. As autoras citam a IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 2003, como um marco para uma nova agenda na definição de diretrizes relacionadas à organização da Política de Assistência Social, trazendo a intersectorialidade para o centro dos debates.

Nesta perspectiva, a PNAS cita Menicucci (2002) ao argumentar que o planejamento e intervenções intersectoriais perpassam por transformações no âmbito das instituições e das práticas e traz a seguinte definição:

Significa alterar a forma de articulação das ações em segmentos, privilegiando a universalização da proteção social em prejuízo da setorialização e da autonomização nos processos de trabalho. Implica, também, em mudanças na cultura e nos valores da rede socioassistencial, das organizações gestoras das políticas sociais e das instâncias de participação. Torna-se necessário, constituir uma forma organizacional mais dinâmica, articulando as diversas instituições envolvidas (Brasil, 2005, p. 44).

Na concepção de Junqueira (1997, p. 37), a intersectorialidade é “uma nova lógica para a gestão da cidade, que busca superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade. Isso passa pela relação homem/natureza, homem/homem que determinam a construção social da cidade”.

Ademais, a intersectorialidade no contexto do SUAS é apreendida como um dos seus princípios organizativos. O documento norteador do SUAS define a intersectorialidade como “integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais”, ressaltando sua importância na garantia de proteção social (Brasil, 2012b, p. 16).

A seguir, são discutidas as diretrizes políticas da intersectorialidade de atenção à pessoa idosa no contexto da saúde.

2.2.3 Diretrizes políticas de intersetorialidade de atenção à pessoa idosa no contexto da saúde e da assistência social

A Política Nacional do Idoso (PNI) não aborda especificamente o termo intersetorialidade ou ações intersetoriais, mas traz no artigo 8º inciso III, que compete à União “promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da Política Nacional do Idoso” (Brasil, 1994). O mesmo ocorre com o Estatuto da Pessoa Idosa que traz em seu Art. 33:

[...] a assistência social às pessoas idosas será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), na Política Nacional da Pessoa Idosa, no SUS e nas demais normas pertinentes. (Brasil, 2003; Brasil, 2022b).

Destaca-se o já citado Decreto Presidencial 9.921 de 2019, que consolida atos normativos que tratam da temática Pessoa Idosa. A articulação entre as políticas aparece ao longo do documento quando trata das competências do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Ministério do Desenvolvimento Regional; Ministério da Saúde; Ministério da Educação na implementação da PNI. (Brasil, 2019).

Ainda sobre o decreto, no Art. 22 inciso V aponta como diretrizes da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, a intersetorialidade e a interinstitucionalidade, reconhecendo a importância da atuação em conjunto com diversas instituições públicas e privadas e órgãos consultivos das três esferas de governo e internacionais, na discussão sobre envelhecimento e pessoa idosa (Brasil, 2019).

Vale saber que a “Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa”, trata-se de um capítulo do decreto que tem por objetivo o estímulo à promoção de ações direcionadas ao envelhecimento ativo, saudável, sustentável e aos cidadãos, sobretudo aquelas em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2019). A intersetorialidade é também reafirmada no Art. 28, ao estabelecer que as ações Estratégias Brasil Amigo da Pessoa Idosa deverão ser realizadas de modo descentralizado e integrado nos três entes federativos, considerando também as particularidades das políticas setoriais, os espaços participativos e de controle social (Brasil, 2019).

Destacam-se as recentes Portarias 561 de 04 de setembro de 2023 e 627 de 02 de outubro de 2023 publicadas pelo governo federal, que tratam do Programa Envelhecer nos Território e Programa Viva Mais Cidadania, respectivamente.

O Programa Envelhecer nos Territórios apresenta como objetivo:

[...] promover o direito de envelhecer a todas as pessoas e garantir os direitos humanos das pessoas idosas no Brasil, por meio da criação ou fortalecimento de arranjos institucionais que viabilizem a efetividade da política para a pessoa idosa nos territórios e locais onde vivem e se referenciam as pessoas idosas (Brasil, 2023c).

E traz no Art. 2º Inciso II “atuação de agentes locais de direitos humanos para identificação e articulação intersetorial com vistas à resolutividade das violações de direitos humanos de pessoas idosas”.

Já o Programa Viva mais Cidadania é instituído com a finalidade de:

[...] promover os direitos humanos e fortalecer a cidadania de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade e de discriminação por pertencerem a grupos sociais caracterizados por diversidades histórica, social, étnico-racial, econômica, territorial, cultural e religiosa, na perspectiva da equidade, interseccionalidade e intersetorialidade (Brasil, 2023d).

No tocante à Política de Saúde, a Atenção Básica, como já mencionada, configura-se como principal porta de entrada para os usuários do SUS, assumindo um papel fundamental no acompanhamento dos casos de forma articulada e integrada com os outros pontos de atenção. No caso da atenção à pessoa idosa essa assertiva é reiterada (Brasil, 2014).

A intersetorialidade, no contexto da atenção à saúde da pessoa idosa adquire maior notoriedade ao abordar as particularidades do grupo e os desafios enfrentados pela fragmentação e desarticulação dos programas e projetos. A PNSPI apresenta como uma das diretrizes o “estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção”, considerando sua implementação em nível local.

A prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade (Brasil, 2006a, seção 3.3).

Ao longo do documento, são apresentadas as responsabilidades institucionais no que concerne à atuação do Gestor Federal, Gestor Estadual e do Gestor Municipal, na promoção da articulação intersetorial com vistas à efetivação da Política. Em suma, a PNSPI apreende a intersetorialidade como sendo fundamental para elaboração de um conjunto de ações e ressalta a importância de articulação com diversos setores

como Educação, Assistência Social, Previdência Social, Trabalho e Emprego, Transporte, Justiça e Direitos Humanos, Ciência e Tecnologia (Brasil, 2006a).

O documento “Orientações Técnicas para a implementação da Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde” de 2018, define a articulação intersetorial como sendo:

[...] concepção de trabalho conjunto, dialógico e articulado entre os equipamentos/serviços de saúde e aqueles pertencentes às mais variadas Políticas Públicas e de proteção social que tenham interface com as questões da população idosa” e reafirma que a estruturação dos serviços deve ser ofertada no território (Brasil, 2018, p. 61).

Salienta-se que ao discutir autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas no âmbito do SUS, diversas questões vêm à tona, trazendo exigências para o estreitamento da relação com o Sistema Único de Assistência Social.

A seguir, apresenta-se o Percurso Metodológico para construção deste estudo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, são descritos os procedimentos metodológicos adotados ao longo da investigação com vista a alcançar os objetivos propostos.

3.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa consiste em um estudo qualitativo⁴, de caráter descritivo e exploratório. Para Minayo *et al.* (2002), a pesquisa qualitativa possibilita construir e ou revisar, tendo como referência o respeito às diversidades, novas abordagens e conceitos sobre um fenômeno investigado na sociedade. Minayo *et al.* (2002) trazem a seguinte definição:

[...] compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada” (Minayo *et al.*, 2002, p. 24).

Minayo (2001) reflete acerca da importância de se compreender o fenômeno ou o processo social, a partir das determinações e transformações dos sujeitos, considerando a complexidade, as especificidades e diferenciações que os problemas e objetos apresentam.

3.1.1 Técnicas utilizadas

A coleta dos dados primários do presente estudo consiste em entrevista em profundidade com os assistentes sociais e com os gestores, atuantes nas Políticas de Assistência Social e de Saúde no município de Alfenas/MG. Para tanto, as entrevistas foram precedidas da aplicação de um questionário (Apêndice A), a fim de identificar o perfil dos participantes da pesquisa, conforme proposto no primeiro objetivo específico do estudo de “analisar o perfil de uma amostra dos assistentes sociais e dos gestores (coordenadores) atuantes nas Políticas Públicas de promoção à saúde e à assistência social no atendimento à pessoa idosa”, conforme disposto na página do estudo, nº 23.

⁴ Como forma de garantir a transparência e o rigor na descrição dos métodos, seguiu-se as diretrizes do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research – COREQ (Souza *et al.*, 2021). A aplicação do guia no presente estudo está disposto no Apêndice F.

As entrevistas em profundidade semiestruturadas (Apêndice B e C), aplicadas aos participantes foram construídas a partir de desdobramentos e os seguintes objetivos específicos: “identificar a partir das Políticas Públicas de promoção da saúde e assistência social à população idosa, as perspectivas das diretrizes da política de intersetorialidade”; “levantar as narrativas de uma amostra dos assistentes sociais e dos gestores (coordenadores) atuantes nas Políticas de Saúde e de Assistência Social no município de Alfenas sobre as Políticas Públicas voltadas à população idosa e possível intersetorialidade”; e “descrever e analisar a partir das narrativas do atendimento à população idosa, os limites, potencialidades e desafios para a perspectiva das diretrizes da intersetorialidade município Alfenas / MG”, conforme disposto na página do estudo, nº 23.

Neste tipo de entrevista, o pesquisador faz uso de perguntas abertas e fechadas, permitindo que o entrevistado discorra de forma profunda sobre o tema (Boni; Quaresma, 2005). A entrevista semiestruturada é um formato interessante de conversação, o qual se direciona a análise pragmática da linguagem. Para o autor, “em tal interação linguística, não é possível ignorar o efeito da presença e das situações criadas por uma das partes (o ‘entrevistador’) sobre a expressão da outra (o ‘entrevistado’)” (Mattos, 2005, p. 826).

Antes da aplicação do questionário, foram realizados pré-testes, a fim de verificar se os indivíduos compreendiam as questões levantadas nas entrevistas. Na ocasião, percebeu-se a necessidade apenas de alteração na ordem das perguntas.

A coleta de dados em formato presencial ocorreu no período de junho a setembro de 2024, com os gestores e assistentes sociais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Municipal da Criança, da Assistência Social e dos Direitos Sociais; Hospital Santa Casa de Alfenas e Instituição de Longa Permanência Lar São Vicente de Paulo, conforme Termo de Anuência Institucional assinado pelos respectivos responsáveis.

Ressalta-se que, durante a elaboração do Projeto de Pesquisa, verificou-se a necessidade de inclusão na amostra, além dos assistentes sociais e gestores vinculados às instituições citadas acima, assistentes sociais atuantes em outras das Políticas de Saúde e de Assistência Social no atendimento à pessoa idosa. Conforme preconizado no Projeto de Pesquisa, na coleta de dados com estes participantes não foram abordados qualquer questão que remete a vínculo institucional. Desse modo,

de setembro de 2024 a dezembro de 2024, foram realizadas a coleta de dados em formato virtual com estes profissionais de serviço social.

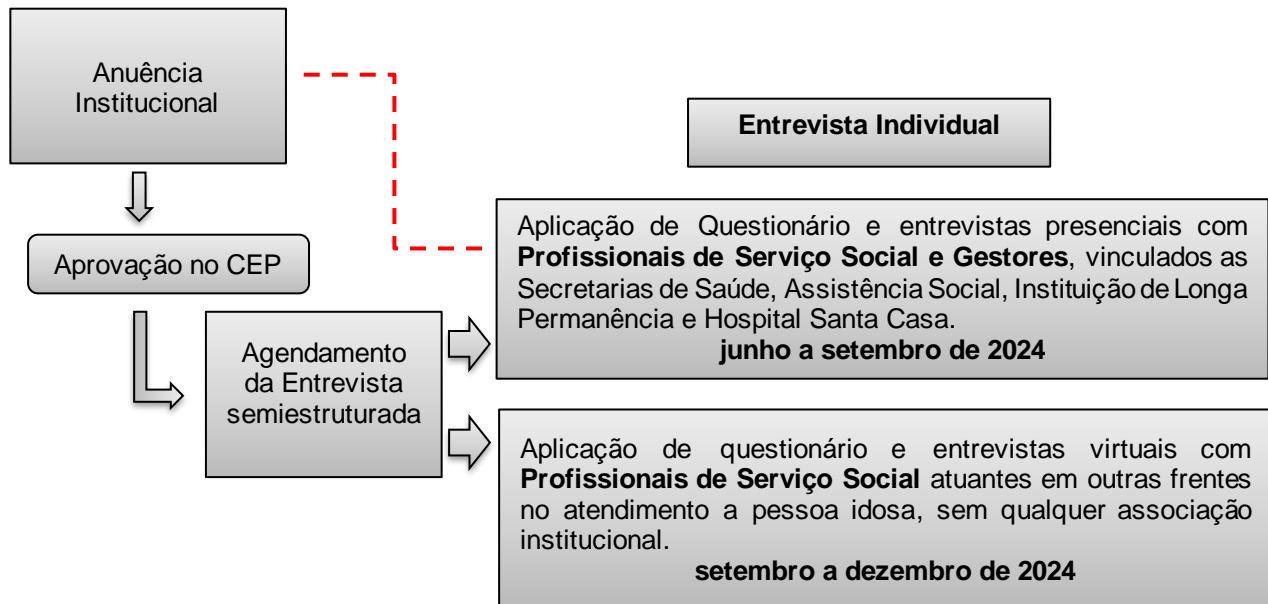
Sendo assim, a coleta de dados deste estudo foi mista, sendo presencial e virtual. Ambos os casos foram realizados em locais que resguardavam a privacidade de todos os envolvidos na pesquisa, conforme orientações do Comitê de Ética em Pesquisa.

Nas entrevistas presenciais, a abordagem aos participantes da pesquisa para realização do convite de participação no estudo ocorreu por telefone. Para a aplicação do questionário, utilizou-se formulário impresso e, no caso da entrevista, o registro se deu por meio de gravação de voz, após consentimento e autorização prévia dos entrevistados, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nas entrevistas em ambiente virtual, a abordagem aos possíveis participantes da pesquisa para realização do convite de participação no estudo foi realizada por smartphone (via WhatsApp). No convite foi enviado um link do Google Forms e ao acessá-lo, o participante foi direcionado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após a compreensão do objetivo do estudo, respondeu sobre o desejo ou não de participar da pesquisa. Após consentir, o participante foi direcionado para a resposta aos instrumentos, uma vez que estes eram autoaplicáveis. Posteriormente, após o agendamento do dia e horário, foi enviado o link de acesso para a realização da entrevista, utilizando o Google Meet. O registro da entrevista ocorreu por meio de gravação de voz, após autorização do entrevistado.

A síntese das etapas da coleta dos dados é apresentada na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma das etapas para a coleta dos dados



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

3.1.2 Contexto da investigação

A pesquisa foi desenvolvida em Alfenas, município de porte médio, situado no estado de Minas Gerais, com população de 78.970 mil habitantes, segundo o último censo do IBGE (2022). O município se situa na região sul do estado de Minas Gerais, entre as regiões metropolitanas: Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Campinas. Se posiciona em uma rede urbana, sob comando de capitais regionais como Pouso Alegre, Poços de Caldas e Varginha (Branquinho; Silva, 2021).

A etapa inicial do estudo consistiu no levantamento dos serviços de assistência social e de saúde que atendem à pessoa idosa (diariamente ou em casos isolados) no município e que contam com profissional de Serviço Social. Sendo assim, foram identificados os seguintes serviços: Atenção Primária à Saúde (APS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); Centro de Distribuição de Medicamento (CDM); Serviço de Assistência Especializada (SAE); Secretaria de Assistência Social; Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro Especializado de Assistência Social (CREAS); Bolsa Família; Hospital Santa Casa e Instituição de Longa Permanência.

A escolha destas instituições se deve ao fato de todas atenderem gratuitamente à pessoa idosa, quando esta necessita. Compreende-se que mesmo os serviços que

não atendem diariamente à população idosa foram incluídos neste estudo, uma vez que fazem parte da Política de Saúde ou da Política de Assistência Social e, considerando suas peculiaridades, podem em algum momento, se deparar com demanda direcionada à pessoa idosa.

Ademais, também foram incluídos profissionais que atuam em outras frentes nas Políticas de Saúde e de Assistência Social no município no atendimento à pessoa idosa, mas sem que haja qualquer associação institucional.

3.1.3 Grupo amostral

Os participantes do estudo são os profissionais graduados em Serviço Social, ocupantes de cargo de Assistente Social; e os gestores, ocupantes de cargos de coordenação. Ambos atuantes, nas Políticas de Saúde e de Assistência Social, que diariamente ou atendendo demandas pontuais prestam serviços à população idosa do município de Alfenas.

Ressalta-se que a inclusão dos gestores neste estudo foi de suma importância, uma vez que estes contribuem para o processo de elaboração e implementação das Políticas Públicas, assim como os assistentes sociais pelas peculiaridades da profissão como já mencionado.

Importante destacar que todos os participantes da pesquisa são maiores de 18 anos de idade. Foram incluídos todos os profissionais e gestores que se dispuseram a participar da pesquisa.

O critério de tempo mínimo de experiência no serviço não foi utilizado, pois durante o percurso da coleta de dados em formato presencial, identificou-se que os participantes, apesar do pouco tempo naquele setor, acumulam experiência dos outros setores e serviços no município. Nesse sentido, teriam condições de responder às questões. No que concerne a coleta de dados em formato virtual, este critério foi desconsiderado, tendo em vista que não houve qualquer associação institucional.

O Quadro 1 é apresentado sinteticamente o número de possíveis participantes *versus* convites aceitos.

Quadro 1 - Quantitativo de convites de participação por convites aceitos

Coleta de Dados	Assistentes Sociais	Gestores
<i>Presencial</i>	18 possíveis participantes, sendo 13 aceitaram participar.	12 possíveis participantes, sendo 07 aceitaram participar.
<i>Virtual</i>	05 convites, sendo que 02 aceitaram participar.	Não estão contemplados neste estudo

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A seguir, apresenta-se o procedimento da análise dos dados coletados.

3.2 PROCEDIMENTO DA ANÁLISE

Para análise dos dados coletados das entrevistas, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1977). Para a autora, este tipo de técnica permite análise do que foi dito na investigação, construindo e apresentando concepções em torno de um objeto. No caso do presente estudo, trata-se de analisar as Políticas Públicas direcionadas à promoção da saúde e da assistência social à população idosa a partir da compreensão dos profissionais de Serviço Social e Gestores de Alfenas/MG, através da perspectiva da intersetorialidade.

A análise de conteúdo (seria melhor falar de análises de conteúdo) é um método muito empírico, dependente do tipo de «fala» a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. (Bardin, 1977, p. 30)

Como estratégia sequencial, a análise de conteúdo das entrevistas individuais contempla a escuta, a transcrição na íntegra das gravações, leitura e releitura das entrevistas, a fim de compreender como um todo, o material coletado. Esse processo, segundo Bardin (1977), inclui as seguintes etapas: Pré-análise; Exploração do Material; e Tratamento dos Resultados.

Segundo Pádua (2002), a Pré-análise é compreendida pela organização do material (questionário, entrevista, etc.). Na etapa de Exploração do Material foi o momento de realizar um estudo aprofundado do material coletado, tendo como referência as hipóteses e referencial teórico. Nesta fase, foi realizada a codificação, classificação e categorização do material. Na terceira fase, Tratamento dos Resultados, foi o momento de, além de analisar o conteúdo, também aprofundar nas questões latentes do conteúdo.

Abaixo as categorias de análise, conforme os objetivos propostos.

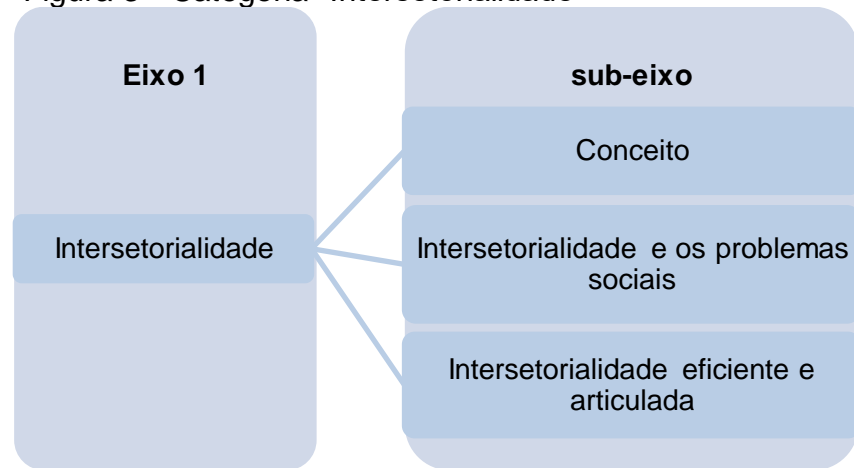
Quadro 2 - Categorias de Análise

Objetivos	Categorias	Procedimentos
Identificar a partir das Políticas Públicas de promoção da saúde e assistência social à população idosa, as perspectivas das diretrizes da política de intersectorialidade;	Intersetorialidade	Entrevista
Levantar as narrativas de uma amostra dos assistentes sociais e dos gestores (coordenadores) atuantes nas Políticas de Saúde e de Assistência Social no município de Alfenas sobre as Políticas Públicas voltadas à população idosa e possível intersectorialidade.	Políticas Públicas de promoção da saúde e assistência social à população idosa	Entrevista
Descrever e analisar a partir das narrativas do atendimento à população idosa, os limites, potencialidades e desafios para a perspectiva das diretrizes da intersectorialidade município Alfenas / MG.	Limites, potencialidades e desafios da intersectorialidade	Entrevista

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Para facilitar a análise, as categorias foram definidas a partir de sub-eixos levantados em cada pergunta abordada em entrevista. Desse modo, a primeira categoria é a Intersetorialidade, dividida em três sub-eixos, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Categoria “Intersetorialidade”

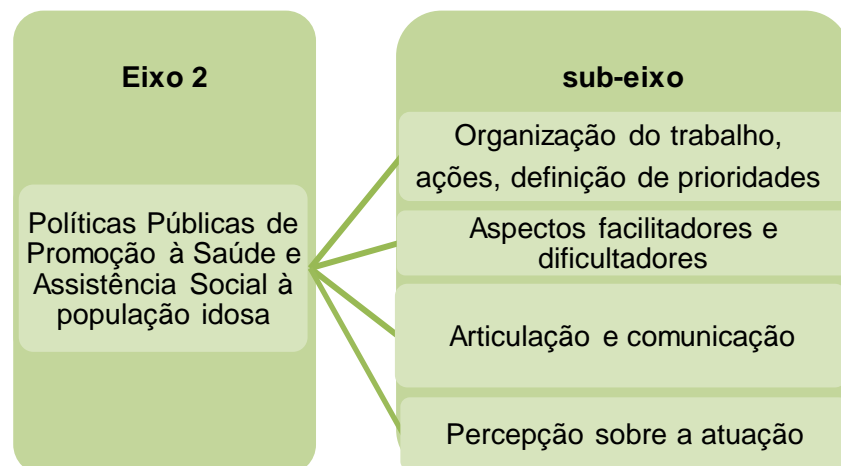


Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados em 2024.

O sub-eixo “conceito” refere-se ao entendimento dos participantes acerca da definição de intersetorialidade. Em relação ao sub-eixo “intersetorialidade e problemas sociais”, os entrevistados puderam falar sobre como a intersetorialidade pode contribuir para o enfrentamento dos problemas sociais na sociedade. Já o sub-eixo “intersetorialidade eficiente e articulada” voltada para pessoa idosa, os entrevistados expuseram os possíveis caminhos para alcançá-la.

A segunda categoria é “Políticas Públicas de Promoção à Saúde e Assistência Social à população idosa”, dividida em quatro sub-eixos, conforme apresentado na Figura 4.

Figura 4 - Categoria “Políticas Públicas de Promoção à Saúde e Assistência Social à população idosa”

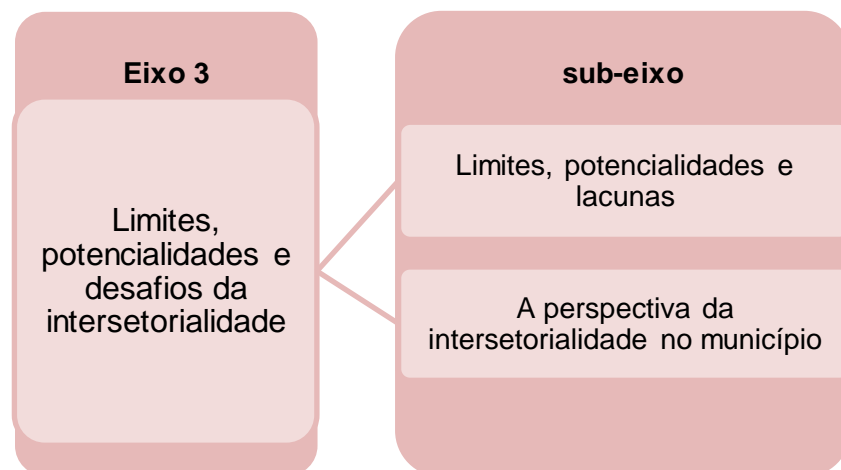


Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados em 2024.

Em relação ao sub-eixo “Organização do trabalho, ações, definição de prioridades”, os entrevistados descreveram como organizam o trabalho e a questão de prioridades em relação ao atendimento à pessoa idosa. O sub-eixo “Aspectos facilitadores e dificultadores”, os entrevistados puderam descrever os aspectos que facilitam e dificultam o atendimento da pessoa idosa na política pública que atuam. Já em relação ao sub-eixo “Articulação e comunicação”, os entrevistados expuseram de que forma percebem a articulação e a comunicação entre os setores que atendem a pessoa idosa no município. E por último, no sub-eixo “Percepção sobre a atuação”, os entrevistados falaram como percebem a própria atuação na política pública de atendimento à pessoa idosa. Vale ressaltar que as análises por parte dos entrevistados decorreram também em torno da intersectorialidade.

A terceira categoria é “Limites, potencialidades e desafios da intersectorialidade”, dividida em dois sub-eixos, conforme apresentado na Figura 5.

Figura 5 - Categoria “Limites, potencialidades e desafios da intersectorialidade”



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados em 2024.

Em relação ao sub-eixo “Limites, potencialidades e lacunas”, os entrevistados puderam expor as limitações, potencialidades e lacunas para o trabalho intersectorial no atendimento à pessoa idosa no município. Já no sub-eixo “Perspectiva da Intersectorialidade no município”, os entrevistados expuseram como percebem a intersectorialidade no atendimento à pessoa idosa no município de Alfenas/MG.

A seguir, os procedimentos éticos necessários à realização do estudo.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi sendo desenvolvido em conformidade com as normas que regulamentam pesquisas que envolvem seres humanos (Brasil, 1996; Brasil, 2012d). Observando as orientações e recomendações para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas/MG, a primeira etapa consistiu em solicitar anuência para realização da pesquisa em formato presencial nas instituições, às quais os possíveis participantes do estudo são vinculados.

Os Termos de Anuência Institucional (TAI) para coleta de dados em formato presencial foram assinados pelos responsáveis das seguintes instituições: Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Municipal da Criança, da Assistência Social e dos Direitos Sociais; Hospital Santa Casa de Alfenas e Instituição de Longa Permanência - Lar São Vicente de Paulo.

Com a referida autorização, em 10 de março de 2024 o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, através da Plataforma Brasil. Após obtenção de Carta de Aprovação pelo CEP em 07 de maio de 2024, sob Parecer nº 6.808.823, a pesquisadora deu início a coleta dos dados em formato presencial no mês de junho de 2024 (Anexo A).

A coleta dos dados se deu após cada participante compreender o objetivo do estudo e dar aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso das entrevistas presenciais, os participantes assinaram em duas vias (Apêndice D), uma em posse do participante e a outra em posse da pesquisadora. No caso da coleta em formato virtual, foi enviado um link (*Google Forms*) ao participante com o TCLE (Apêndice E) e após a compreensão do objetivo do estudo, respondeu sobre o desejo ou não de participar da pesquisa.

Ressalta-se, que para a coleta em formato virtual, não se fez necessária à apresentação do TAI. Os participantes foram contatados diretamente pela rede de contato da pesquisadora, sem qualquer vinculação institucional.

Os participantes da pesquisa foram informados sobre os riscos da pesquisa, o sigilo das respostas, da confidencialidade, da utilização dos dados apenas para fins científicos, da liberdade de recusar a ingressar ou participar deste estudo, sem penalização alguma por parte da pesquisadora.

Quanto a preservação do anonimato dos (as) entrevistados (as), os (as) Assistentes Sociais foram identificados (as) em siglas AS, sendo que no caso da

entrevista virtual estes foram identificados com ASv; e os/as gestores/ as com as siglas GE. Ressalta-se que as siglas foram seguidas por numeral 1, 2, 3 ..., definido a partir da sequência das datas em que foram realizadas as entrevistas.

Quadro 3 - Codificação dos dados

Coleta de Dados	Sigla	Início da coleta = Início da numeração
Assistentes Sociais (formato presencial)	AS	1, 2, 3...
Assistentes Sociais (formato virtual)	ASV	1, 2, 3...
Gestores (formato presencial)	GE	1, 2, 3...

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Na coleta de dados em ambiente virtual também foram assinalados sobre outros riscos, como invasão de dados e sobre os cuidados que seriam tomados pela pesquisadora.

Ressalta-se que todos os participantes também foram esclarecidos que as entrevistas seriam gravadas através do gravador de voz Voice Record Pro instalado no aparelho Motorola E⁵ que pertence a pesquisadora.

Considera-se que o risco deste estudo é mínimo, pois não se realizou intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participaram do estudo.

No próximo item, apresentam-se os resultados e discussão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de analisar as Políticas Públicas direcionadas à promoção da saúde e assistência social à população idosa a partir da compreensão dos profissionais de Serviço Social e Gestores no município de Alfenas/MG, através da perspectiva da intersectorialidade.

Os resultados e discussão estão divididos em duas subseções, sendo a primeira sobre o “Perfil dos Entrevistados”; e a segunda acerca das “Categorias de Análise”. Lembrando que para o tratamento dos dados primários coletados nas entrevistas, utilizou-se a Análise de Conteúdo, segundo Bardin.

4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Nesta subseção serão exibidos os resultados da análise do perfil dos participantes da pesquisa, conforme o objetivo específico: a) Analisar o perfil de uma amostra dos assistentes sociais e dos gestores (coordenadores) atuantes nas Políticas Públicas de promoção à saúde e à assistência social no atendimento à pessoa idosa.

Desse modo, a análise está disposta da seguinte forma: Resultados da coleta de dados com os Assistentes Sociais (4.1.1) com base nas Tabelas 1 e 2; e com os gestores (4.1.2), conforme a Tabela 3.

A seguir, apresentam-se os dados consolidados referente a aplicação do questionário com os Assistentes Sociais, conforme Apêndice A.

4.1.1 Assistentes sociais⁵

Na coleta de dados em formato presencial realizada no período de junho a setembro de 2024, foram convidados dezoito profissionais de serviço social para participar do estudo. Destes, treze aceitaram participar, sendo que oito profissionais de serviço social atuantes na Política de Saúde e cinco profissionais atuantes na

⁵ Considerando que as Tabelas 1 e 2 referem-se a mesma categoria profissional, optou-se pela junção dos dados coletados em formato presencial e virtual. Destaque aos aspectos “vínculo laboral” e “tempo de atuação no serviço” discutidos separados por se tratar apenas da coleta de dados em formato presencial.

Política de Assistência Social. Na Política de Saúde, os oito profissionais de Serviço Social estão distribuídos em: Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Saúde, Central de Distribuição de Medicamentos, Serviço de Atenção Domiciliar, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Testagem e Acolhimento / Serviço de Atendimento Especializado, Serviço de Atenção Domiciliar e hospital. Já na Política de Assistência Social, cinco profissionais de Serviço Social, distribuídos em: Centros de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Bolsa Família, Secretaria de Assistência Social. Ressalta-se que, dentre esses quinze participantes, um possuía tanto o cargo de gestor como de assistente social, para tanto foi contabilizada para fins de análise do perfil de assistentes sociais e também dos gestores.

Na Tabela 1, apresenta-se os dados consolidados referente à coleta em formato presencial com os Assistentes Sociais.

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo - Assistentes Sociais (coleta de dados em formato presencial) (continua)

Política Pública	
Assistência Social	5
Saúde	8
Total	13
Sexo	
Masculino	3
Feminino	10
Total	13
Faixa Etária	
18 a 25 anos	0
26 a 35 anos	2
36 a 45 anos	5
Acima de 45 anos	6
Total	13
Grau de Escolaridade	
Graduação	1
Especialização	12
Mestrado	0
Doutorado	0
Total	13
Anos de Conclusão da Graduação	
Menos de 02 anos	0
Entre 03 e 05 anos	0
Entre 06 e 10 anos	2
Acima de 10 anos	11
Total	13

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo - Assistentes Sociais (coleta de dados em formato presencial) (conclusão)

Vínculo Laboral	
Contratado	7
Concursado	6
Total	13
Tempo de Atuação no serviço	
Menos de 02 anos	5
Entre 03 e 05 anos	3
Entre 06 e 10 anos	2
Acima de 10 anos	3
Total	13
Tempo de Atuação no Atendimento à Pessoa Idosa	
Menos de 02 anos	0
Entre 03 e 05 anos	2
Entre 06 e 10 anos	2
Acima de 10 anos	9
Total	13

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados nos períodos de junho a setembro de 2024.

Quanto à coleta em formato virtual realizada no período de setembro a dezembro de 2024, foram convidados cinco profissionais de serviço social, destes apenas dois aceitaram participar do estudo, dois não responderam sobre o interesse ou não em participar e um não se enquadrava nos critérios de inclusão.

Na Tabela 2 apresentam-se os dados consolidados referente a coleta em formato virtual com os Assistentes Sociais.

Tabela 2 - Perfil dos participantes do estudo - Assistentes Sociais (coleta de dados em formato virtual) (continua)

Política Pública	
Assistência Social	1
Saúde	1
Total	2
Sexo	
Masculino	1
Feminino	1
Total	2
Faixa Etária	
18 a 25 anos	0
26 a 35 anos	0
36 a 45 anos	2
Acima de 45 anos	0
Total	2
Grau de Escolaridade	
Graduação	0

Tabela 2 - Perfil dos participantes do estudo - Assistentes Sociais (coleta de dados em formato virtual) (conclusão)

Especialização	1
Mestrado	1
Doutorado	0
Total	2
Anos de Conclusão da Graduação	
Menos 02 anos	0
Entre 03 e 05 anos	1
Entre 06 e 10 anos	0
Acima de 10 anos	1
Total	2
Vínculo Laboral	
Contratado	Não se aplica
Concursado	Não se aplica
Total	Não se aplica
Tempo de Atuação no serviço	
Menos de 02 anos	Não se aplica
Entre 03 e 05 anos	Não se aplica
Entre 06 e 10 anos	Não se aplica
Acima de 10 anos	Não se aplica
Total	Não se aplica
Tempo de Atuação no Atendimento à Pessoa Idosa	
Menos de 02 anos	0
Entre 03 e 05 anos	1
Entre 06 e 10 anos	0
Acima de 10 anos	1
Total	2

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados nos períodos de setembro a dezembro de 2024.

Com base nos dados levantados constantes nas Tabelas 1 e 2, verificou-se que em relação as Políticas Públicas de atuação, seis (40,00%) responderam Política de Assistência Social e nove (60,00%) referiram Política de Saúde. Do total de quinze entrevistados, onze (73,33%) são do sexo feminino. Esses dados corroboram com o estudo realizado em 2005 pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o qual aponta que o Serviço Social é uma profissão historicamente ocupada por pessoas do sexo feminino, mas que vem sendo observadas alterações no perfil da categoria, ainda que lentamente (CFESS, 2005). Estudos recentes realizados pelo CFESS em 2022 com base na identidade de gênero, verificou-se que (92,92%) se identifica com

o gênero feminino, observando um aumento progressivo do gênero masculino (6,97%) e outras expressões (0,10%) (CFESS, 2022)⁶.

Já em relação a faixa etária, dois (13,00%) possuíam entre 26 e 35 anos, sete (46,00%) entre 36 e 45 anos e seis (40,00%) acima de 45 anos. Os dados apontados coadunam com estudo do CFESS (2005), que mostram o percentual maior entre as faixas etárias de 36 a 45 anos.

Sobre Pós-Graduação, treze (86,66%) possuíam especialização, um (6,66%) possuía mestrado e nenhum doutorado, enquanto um (6,66%) tinha apenas a graduação em Serviço Social. A procura por qualificação é uma realidade presente no perfil dos profissionais aqui analisados, pois verifica-se que a maioria (93,33%) possuía pós-graduação *Lato Sensu* (86,66%) ou *Stricto Sensu* (6,67%). Ressalta-se que este dado converge com a caracterização nacional realizada pelo CFESS em 2022, o qual aponta que apenas 9,00% possuem Pós-graduação *Stricto Sensu* (mestrado acadêmico e doutorado). De acordo com o CFESS, essa realidade decorre da disponibilidade maior de cursos de especialização ofertados por instituições públicas e privadas em diversas partes do país, inclusive no interior. Em contrapartida, para os cursos *Stricto Sensu*, o número de vagas é reduzido e a oferta é maior em instituições públicas com sede em capitais (CFESS, 2022).

Em relação aos anos de conclusão da graduação, doze (80,00%) possuíam mais de 10 anos, dois (13,33%) possuíam entre 06 e 10 anos e um (6,66%) entre 03 e 05 anos. Já no que diz respeito ao tempo de atuação no atendimento à pessoa idosa, dos quinze assistentes sociais entrevistados, três (20,00%) possuíam entre 03 e 05 anos, dois (13,33%) entre 06 e 10 anos e dez (66,66%) acima de 10 anos.

No tocante a análise dos dados sobre vínculo laboral e tempo de atuação no serviço, ressalta-se que estes referem aos participantes da pesquisa pertencentes à Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Saúde, Central de Distribuição de Medicamentos, Serviço de Atenção Domiciliar, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Testagem e Acolhimento / Serviço de Atendimento Especializado, Serviço de Atenção Domiciliar Hospital Santa Casa, Centros de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Bolsa Família, Secretaria de Assistência Social e Instituição de Longa Permanência. Isto é, trata-se

⁶ Ressalta-se que a intenção ao trazer dados de pesquisas do CFESS não é mostrar que a amostra foi "representativa", mas que reproduz minimamente o quadro nacional.

dos participantes da pesquisa em formato presencial (Tabela 1), tendo em vista que na abordagem aos participantes em formato virtual (Tabela 2) não foram realizadas qualquer associação com a questão institucional.

Sendo assim, dos treze assistentes sociais entrevistados em formato presencial, dez (76,92%) faziam parte da Instituição Pública Municipal. Destes dez participantes, seis (60,00%) informaram ser concursados e quatro (40,00%) contratados. Os dados coletados corroboram com a discussão traçada no estudo do CFESS, no qual mostra que o principal vínculo empregatício dos assistentes sociais consolidado no serviço público refere ao estatutário, como mostra a região sudeste com 58,03% (CFESS, 2005). No entanto, há que se atentar aos assistentes sociais, que não aceitaram participar da pesquisa.

A seguir apresentam-se os dados consolidados referente a aplicação do questionário com os Gestores.

4.1.2 Gestores⁷

A coleta de dados com os gestores foi realizada no período de junho a setembro de 2024, apenas em formato presencial, conforme já descrito. Dos doze possíveis entrevistados, dez foram convidados, os outros dois não chegaram a ser abordados porque não foram localizados. Dos dez convites feitos, sete foram aceitos, os outros três recusados. Dos sete participantes, quatro gestores atuavam na Política de Saúde e três na Política de Assistência Social, distribuídos nos serviços onde a pesquisa foi realizada em formato presencial. Como já citado na subseção anterior, entre esses participantes, um possuía tanto o cargo de gestor como de assistente social, mas em serviços distintos. Para tanto, foi contabilizada para fins de análise do perfil de assistentes sociais e também dos gestores.

Na Tabela 3, apresentam-se os dados consolidados referente a coleta em formato presencial com os Gestores.

Tabela 3 - Perfil dos participantes do estudo – Gestores (coleta de dados em formato presencial) (continua)

Política Pública	
Assistência Social	3
Saúde	4
Total	7

⁷ Coleta de dados em formato presencial

Tabela 3 - Perfil dos participantes do estudo – Gestores (coleta de dados em formato presencial) (conclusão)

Sexo	
Masculino	1
Feminino	6
Total	7
Faixa Etária	
18 a 25 anos	0
26 a 35 anos	0
36 a 45 anos	2
Acima de 45 anos	5
Total	7
Grau de Escolaridade	
Ensino Médio	2
Graduação	1
Especialização	3
Mestrado	0
Doutorado	1
Total	7
Anos de Conclusão da Graduação	
Menos de 02 anos	0
Entre 03 e 05 anos	0
Entre 06 e 10 anos	0
Acima de 10 anos	5
Não se aplica	2
Total	7
Vínculo Laboral	
Contratado	6
Concursado	1
Total	7
Tempo de Atuação no serviço	
Menos de 02 anos	1
Entre 03 e 05 anos	2
Entre 06 e 10 anos	1
Acima de 10 anos	3
Total	7
Tempo de Atuação no Atendimento à Pessoa Idosa	
Menos de 02 anos	0
Entre 03 e 05 anos	0
Entre 06 e 10 anos	0
Acima de 10 anos	7
Total	7

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados nos períodos de junho a setembro de 2024.

Sobre as Políticas Públicas de atuação, três participantes (42,85%) responderam Política de Assistência Social e quatro (57,14%) referiram Política de Saúde. Quanto ao sexo, seis (85,71%) são do sexo feminino e um (14,28%) do sexo

masculino; já em relação a faixa etária, dois (28,57%) possuíam entre 36 e 45 e cinco (71,42%) acima de 45 anos.

Sobre grau de escolaridade, verificou-se que dois (28,57%) possuíam Ensino Médio Completo, um (14,28%) Superior Completo, três (42,85%) com Pós-Graduação *Latu Sensu*, um (14,28%) Pós-Graduação *Scripto Sensu* - Doutorado, sendo que nenhum, dos seis, possuía mestrado. Em relação ao tempo de formação da graduação, todos concluíram a graduação há mais de 10 anos.

Com base nos dados levantados, observou-se que todos entrevistados que disseram atuar na Política de Saúde, possuíam curso superior e destes, três possuíam Pós Graduação. No que concerne a Política de Assistência Social, dos três entrevistados, apenas um possuía Superior Completo, os demais possuíam Ensino Médio.

Quanto ao vínculo laboral, verificou-se que, dos sete entrevistados, seis (85,71%) ocupavam cargos de contrato e um (14,28%) concursado. No que concerne ao tempo de atuação no serviço atual, um (14,28%) possuía menos de 02 anos, dois (28,57%) entre 03 e 05 anos, um (14,28%) entre 06 e 10 anos e três (42,85%) acima de 10 anos. Em relação ao tempo de atuação no atendimento à pessoa idosa, todos possuíam acima de 10 anos.

Em síntese, a partir de um compilado geral dos dados obtidos junto aos Assistentes Sociais e Gestores, conforme disposto nas Tabelas 1, 2 e 3, verificou-se dos vinte e dois entrevistados, em sua maioria são constituídos por mulheres (77,00%) e pelo menos 50,00% possuíam acima de 45 anos de idade. Observou-se ainda que a maioria possuía especialização (72,00%) e concluiu a graduação há mais de 10 anos (77,00%). No que concerne ao tempo de atuação à pessoa idosa, observou-se que, mais de 77,00% possuíam acima de 10 anos de atuação.

A seguir, apresentam-se os resultados e discussão dos dados consolidados nas entrevistas.

4.2 CATEGORIAS

Nesta subseção, serão exibidos os resultados e discussão dos dados primários produzidos a partir das entrevistas realizadas junto aos Assistentes Sociais (AS e ASv) e Gestores (GE). Destaca-se que estes dados compreendem os seguintes objetivos específicos: b) Identificar a partir das Políticas Públicas de promoção da saúde e

assistência social à população idosa, as perspectivas das diretrizes da política de intersectorialidade; c) Levantar as narrativas de uma amostra dos assistentes sociais e dos gestores (coordenadores) atuantes nas Políticas de Saúde e de Assistência Social no município de Alfenas/MG sobre as Políticas Públicas voltadas à população idosa e possível intersectorialidade; e d) Descrever e analisar a partir das narrativas do atendimento à população idosa, os limites, potencialidades e desafios para a perspectiva das diretrizes da intersectorialidade município Alfenas/MG.

Os resultados e discussão estão organizados a partir das categorias de análise já definidas: “Intersectorialidade”; “Políticas Públicas de Promoção à Saúde e Assistência Social à população idosa” e “Limites, potencialidades e desafios da intersectorialidade”.

4.2.1 Categoria – Intersectorialidade

Nesta categoria apresentam-se os resultados e discussão acerca da compreensão dos profissionais de serviço social e gestores sobre o tema Intersectorialidade. Os participantes do estudo foram provocados a refletir sobre o conceito de intersectorialidade; como a intersectorialidade pode contribuir no enfrentamento dos problemas sociais na sociedade e; os caminhos possíveis para se alcançar uma intersectorialidade eficiente e articulada voltada para população idosa, objeto da discussão desta pesquisa.

No sub-eixo “Conceito”, os entrevistados apresentaram suas concepções para definir Intersectorialidade, ora associando ao princípio da integralidade muito abordada nas normativas do SUS; ora compreendendo-a como “articulação”, “junção” dos setores.

A intersectorialidade é o básico tanto do SUS, do SUAS, do cuidado humanizado, é pensar o indivíduo integralmente (AS 03).

[...] uma junção de vários setores, né?! (GE 01).

É um setor interagir com o outro. Então a ação social, interagir com a... por exemplo, as universidades, a habitação (GE 02).

[...] compõe vários setores, do poder público, da população, das comissões de direitos, e que falam sobre o assunto em si (ASv 02).

Para Inojosa (2001), a perspectiva da intersetorialidade deve transpassar a concepção de juntar setores, deve partir para o entendimento de criar uma nova dinâmica para a estrutura do governo, observando aspectos territorial e populacional.

A compreensão da intersetorialidade enquanto diálogo entre as diferentes áreas do saber e de atuação também é observada nas narrativas de dois dos entrevistados.

[...] é um trabalho para além de equipe, né? De que os conhecimentos, eles se complementam. É um espaço facilitador do meu trabalho, de respeito profissional, de compartilhamento de situações (ASv 01).

[...] intersetorialidade está relacionada às várias áreas de atuação e de competência, áreas do saber, que elas dialogam, que elas resolvem dialogar para tratar de um determinado assunto (AS 11).

Tais concepção convergem com o conceito de intersetorialidade abordado na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), quando a define como articulação de saberes e experiências entre diversos atores em direção ao objetivo comum, de modo a construir coletivamente por meio do fortalecimento de vínculos, compartilhamento de responsabilidades e de gestão (Brasil, 2018b). De um modo geral, documentos norteadores do SUS apresentam e recomendam a articulação intersetorial por compreenderem os múltiplos aspectos envolvidos no processo saúde-doença (Akerman *et al.*, 2014).

A intersetorialidade, no âmbito da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), é apresentada como um dos pontos centrais, ao lado da descentralização e territorialização, conferindo que para se alcançar a efetividade, eficiência e eficácia é essencial a constituição de uma rede de serviços (Brasil, 2005).

Infere-se pelos dados primários produzidos a partir das entrevistas, que existe um consenso por parte dos entrevistados em reconhecer a importância da intersetorialidade para as políticas públicas, no entanto, observa-se uma dificuldade em defini-la.

O desafio de conceituar intersetorialidade também aparece em artigos científicos que abordam a temática, sendo possível observar abordagens genéricas dada a extensão e diversidade de conteúdo (Schutz; Miotto, 2010). O conhecimento que se tem sobre intersetorialidade situa-se em aspectos políticos e operacionais, perdurando uma carência de estudos que abordam aspectos epistemológicos, ou a sua natureza, ou questões centrais das suas características (Prado *et al.*, 2022). Akerman *et al.* (2014) também partem desse entendimento de que ainda falta uma

teoria que fundamente a intersetorialidade no marco de análise das pesquisas e avaliação, apesar de ser um tema que muito se discute no âmbito da gestão pública.

No campo científico, também existe uma discussão acerca de uma polissemia conceitual, seja para aplicar termos como ação intersetorial enquanto sinônimo de intersetorialidade, seja para aplicar sinonímia como é o caso da cooperação intersetorial (Prado *et al.*, 2022).

Importante considerar que o conceito de intersetorialidade é amplo, uma vez que abrange não apenas as políticas sociais, mas outras dimensões sociais da cidade que organizam e regulam as dinâmicas das relações entre os vários segmentos sociais (Junqueira, 1997). Infere-se que a carência de tais estudos científicos, como apontado por Souza e Monnerat (2022), compromete a inclusão da Intersetorialidade no campo da agenda pública, dificultando assim a formulação e execução das políticas públicas.

No sub-eixo “Intersetorialidade e os problemas sociais”, os entrevistados expuseram de modo complementar a pergunta do sub-eixo anterior, ressaltando a partir de um contexto prático que o indivíduo deve ser compreendido na sua totalidade e que a atuação de apenas uma Política é insuficiente para esse olhar integral. Essa narrativa é percebida tanto nas entrevistas junto aos Assistentes Sociais (AS), como junto aos gestores (GE).

[...] normalmente, as pessoas chegam com uma primeira demanda. Mas nunca é única. Então, tem o olhar, a percepção do profissional e entender que existem outras demandas. Que nem sempre vão ser garantidas no local onde a pessoa chega. Então, você tem uma percepção mais ampla, que existem mais serviços e mais possibilidades de ser oferecidas (AS 04).

[...] não adianta a gente querer compartimentalizar o paciente. A gente tem que levantar todos os problemas juntos e buscar soluções juntos [...] (GE 04).

Segundo Fragoso *et al.* (2024, p. 29), a integralidade se fundamenta nos pilares da interdisciplinaridade e intersetorialidade e parte de uma perspectiva de “unicidade institucional dos serviços para o conjunto de ações”.

Eu acho que ela tende a contribuir muito porque o indivíduo não é único de uma política, né? Ele tem múltiplas questões. E aí que entra a parte de cada setor de entender, de colaborar para aquela questão (AS 07).

Para a gente poder evoluir em termos de qualquer tipo de política pública de atendimento, precisa haver essa intersetorialidade, principalmente, eu vejo hoje, entre saúde e o social. Eu acho que é o que mais a gente precisa linkar, ter uma comunicação. Porque nem o problema ele vem sozinho (GE 07).

A leitura do todo e das partes é um dos pontos abordados por Morin, segundo Junqueira (2000). A observância apenas de uma das partes é insuficiente à complexidade dos problemas sociais que emergem na contemporaneidade. As exigências que são postas dizem respeito a atores sociais que busquem e intervenham na realidade social a partir do olhar sobre as partes, mas também sobre o todo (Junqueira, 2000).

[...] sociedade ela é um organismo complexo. A gente está falando de cultura, de economia, de política, de social. A intersetorialidade ela atua no sentido dela ser uma possibilidade mais ampla de leitura da realidade, de entendimento dessa complexidade que é a vida (AS 11).

A complexidade e contraditoriedade que perpassam as relações intrafamiliares e de família exigem do Estado um enfrentamento nas suas diversas instâncias, não apenas na formulação, mas na execução da Política (Brasil, 2005). Como se observa, as questões trazidas pelos entrevistados vão ao encontro do que as próprias normativas do SUS e do SUAS estabelecem. Em se tratando da pessoa idosa, as políticas públicas elucidam a integralidade da atenção, partindo do pressuposto de que a população idosa é heterogênea e cada sujeito possui suas particularidades, para tanto faz-se necessário uma prática pautada em uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional (Duarte; Moreira, 2016).

No sub-eixo “Intersectorialidade eficiente e articulada”, os entrevistados apresentaram suas compreensões sobre os limites, possibilidades e desafios para se alcançar uma intersectorialidade eficiente e articulada, voltada para o público pessoa idosa. Um dos pontos levantados em entrevista refere-se à necessidade do envolvimento de todos os setores da saúde e da assistência social.

Com base nos dados levantados, infere-se que existe um consenso de que a figura do Gestor é essencial no processo para se alcançar uma intersectorialidade eficiente e articulada, ressaltando à necessidade de reuniões, de formação continuada dos atores envolvidos e de maior empenho por parte destes.

Compreende-se que se trata de um processo complexo que traz exigências à gestão quanto a um trabalho sistemático que possibilite discussões com todos os diversos atores, de modo a promover a construção de um projeto coletivo (Junqueira, 1997).

[...] teria que ter reuniões [...] poderiam ser com todos, mas com a coordenação, no caso dos PSFs, aqueles que estão atendendo mais, os ambulatórios, a coordenação reunindo as secretarias, não só as secretarias,

mas o CREAS e o CRAS, para tentar facilitar esse atendimento do idoso [...] (AS05).

A gente precisa sentar e construir juntos. Então, essa construção coletiva é sentando mesmo todo mundo e conversando. Porque daí você sabe com quem você conta, você sabe pra onde você vai encaminhar essa pessoa. [...] Então, eu acho que a gente precisa fazer uma construção coletiva de um projeto municipal mesmo (GE 04).

A ideia de construir coletivamente, como abordado pelo entrevistado (GE 04), suscita uma reflexão acerca da ideia de criar uma rede de trabalho, uma espécie de dimensão complementar a ação intersetorial das políticas sociais, ou seja, promover a interação entre os atores, setores, famílias, governos, todos impulsionados por uma causa acolhida coletivamente (Junqueira, 2004).

Reconhece-se que a ação intersetorial deve partir de ação deliberada, observando o respeito a diversidade e particularidades de cada setor. Sendo assim, a intersetorialidade perpassa por um objetivo comum e a articulação entre os vários níveis de complexidade e de recursos, o que requer novas formas de organização (Prado *et al.*, 2022; Junqueira, 1997).

Nessa direção, Wanderley *et al.* (2020) apontam que a intersetorialidade transcende a iniciativa individual de profissionais e equipes, isto é, perpassa por decisões institucionais e políticas, em direção ao rompimento com a cultura da setorização.

Acho que o desafio mesmo principal é o interesse da gestão. [...] Ter esse interesse de olhar para essa população e buscar desenvolver essa articulação, essa possibilidade de um trabalho intersetorial. Porque se a gente tem o apoio da gestão, a gente consegue avançar. Sem o apoio, a gente tenta, mas é mais difícil (AS 10).

Outro apontamento levantado diz respeito a importância do “gestor maior” nesse processo. Destaca-se que as entrevistas foram realizadas junto aos gestores (coordenadores), e tal apontamento sugere, não apenas a necessidade do envolvimento destes e dos gestores ocupantes de cargos de secretários, como também do prefeito e de representantes das outras instituições que atendem a pessoa idosa, isto é, hospitais, ONGs, etc.

Eu acredito que se não tiver conscientização do gestor maior, isso não acontece. Porque muitas vezes quem tá lá embaixo na base, quem tá indo nas residências, quem não tem, não consegue lutar sozinho, né? Às vezes você até tenta, mas não consegue (GE 06).

A nova dinâmica proposta pela intersectorialidade circunscreve também nas contradições entre a concepção e o modo de articular e operacionalizar as estruturas do governo. A mudança dentro de uma organização só é possível concretizá-la quando existe um comprometimento dos líderes (coordenadores, secretários e prefeito, etc.), e também do envolvimento de grande parte dos funcionários. A transformação do trabalho setorial e fragmentado reside em mudança de concepções, valores e práticas, e nesta perspectiva que deve se sustentar (Junqueira, 1997).

Eu acho que parte muito do desejo também dos gestores, né? De realmente montar uma proposta que vá atender aos anseios dessa população. Falando dos nossos gestores. E falando de nós profissionais, acho que, assim, um pouco mais de empenho também (AS 06).

A gente tem um papel muito importante no sentido de despertar o interesse das pessoas. A gente mostrar o quanto a gente precisa dessas políticas, o quanto a gente precisa melhorar em termos de acolhimento, de tratamento, de acompanhamento da pessoa idosa. Então, eu acho que um caminho para isso seria a gente despertar nas pessoas, levantando a importância, apresentando todos os problemas que a gente tem e despertar no município, quando eu digo município, todos os setores, de que a gente precisa urgentemente criar políticas e programas para isso. Então, eu acho que, para melhorar essa comunicação, a gente precisa levantar a problemática, mostrar para todo mundo a grandiosidade dessa problemática para a gente poder criar estratégias. [...] O desafio maior que a gente vê em gestão é a gestão de pessoas (GE 07).

Percebe-se, a partir da narrativa de um dos entrevistados (GE 07), que existe um reconhecimento do seu papel e de outras figuras da gestão na construção de políticas públicas direcionadas à pessoa idosa no município, e uma compreensão da importância da intersectorialidade nesse processo. Avalia-se o apontamento trazido pelo entrevistado como aspecto positivo, dado que essa concepção possibilita caminhar em direção a efetivação no contexto prático.

Outro apontamento feito pelo entrevistado (GE 07), refere-se à dificuldade de gestão de pessoas. Compreende-se que se trata de um tema complexo, uma vez que as exigências impostas ao Estado são cada vez maiores frente às transformações contemporâneas (Guimarães Junior *et al.*, 2019). Em um estudo realizado por Guimarães Junior *et al.* (2019), de caracterização da gestão de pessoas na administração pública do sul do estado de Minas Gerais, revelou que o controle de pessoal ainda se mostra entre as práticas de gestão de pessoas os quais os profissionais mais se ocupam; há poucas estratégias direcionadas a preparação dos funcionários, avaliação de desempenho e remuneração; entre outros aspectos.

A importância de formação continuada, partindo da compreensão que por meio da educação é possível acessar o conhecimento é ressaltada na narrativa de um dos entrevistados (AS):

Educação, formação constante, não tem outro caminho, é formação, é educação, é acessar o conhecimento, é o respeito, a diversidade, é desconstruir também esses preconceitos que as profissões têm, que as áreas do saber têm entre si, pra ter um pouquinho mais de abertura ao diálogo, ao que uma determinada área do saber pode contribuir comigo e vice-versa (AS 11).

As mudanças nas concepções, valores e práticas perpassam pela reforma do pensamento e pelo reconhecimento da interdisciplinaridade, como abordado por Morin (2007). A organização desse pensamento se revela na percepção do contexto e do complexo, isto é, observando as relações e inter-relações e os fenômenos multidimensionais. Pode-se dizer que é um pensamento que reconhece a importância de uma relação recíproca entre as partes e respeito pela diversidade e a unidade (Morin, 2007).

Ainda nessa direção, outro aspecto apresentado por um dos entrevistados (GE) diz respeito a prestação de contas daquilo que está sendo ou não executado, compreendendo que não basta capacitação ou disponibilizar ferramentas, é preciso executar.

[...] de tudo que eu já li da política pública nacional, é o que eu falei, eles disponibilizam as ferramentas e essa articulação pra acontecer. Eu acredito que a dificuldade mesmo é de quem é o gestor. [...] o Estado capacita, mas ele cobra uma execução do município nisso. Acredito que talvez a falha pode ser aí. Porque capacitar e não cobrar é o que tem acontecido. [...] é atuação bastante do Conselho de Saúde Municipal, o do Estado também, de fazer essa cobrança da execução das atividades aqui na atenção da política (GE 02).

O papel dos Conselhos é fundamental no controle social, bem como na construção de políticas públicas. O processo de inserção de uma nova agenda pública e novas formas de organização, como o que se propõe com a intersetorialidade, é complexo. Contudo, é necessário ressaltar que esta construção se dá a partir de um processo organizado e coletivo em espaços de comunicação, negociação e intermediação de conflitos frente aos problemas sociais que surgem (Comerlatto *et al.*, 2007).

O ponto central da discussão que se apresenta no sub-eixo “Intersetorialidade eficiente e articulada” refere-se ao primeiro passo: envolver os gestores. Considera-se que seu papel é fundamental no processo de construção de uma política pública a

partir da intersectorialidade, uma vez que são necessários criar instrumentos de planeamento que possibilite o trabalho interinstitucional, definir responsabilidades e sistemas de informação padronizados para estruturação e compartilhamento de informações, acompanhar e avaliar a realização das atividades (Prado *et al.*, 2022).

Em síntese, pode-se inferir que as discussões traçadas nos três sub-eixos “Conceito”, “Intersectorialidade e problemas sociais” e “Intersectorialidade eficiente e articulada”, que compõem a categoria “Intersectorialidade”, vão ao encontro do objetivo proposto de identificar, junto aos participantes do estudo, as perspectivas das diretrizes da política de intersectorialidade.

De um modo geral, os aspectos principais levantados pelos participantes para se alcançar uma intersectorialidade eficiente e articulada nas políticas públicas dizem respeito a formação continuada, mudança na concepção e valores, necessidade de construir coletivamente uma proposta e envolvimento do gestor. O entendimento de que o gestor é peça fundamental para se alcançar uma intersectorialidade eficiente e articulada coadunam com as reflexões teóricas propostas neste estudo.

Ademais, percebe-se que os participantes compreendem a complexidade dos problemas sociais que emergem na contemporaneidade e que a atuação fragmentada das ações distancia do princípio da integralidade preconizado nas Políticas de Saúde e de Assistência Social.

4.2.2 Categoria – Políticas públicas de promoção à saúde e assistência social à população idosa

Nesta categoria apresentam-se os resultados e discussão sobre as compreensões dos entrevistados em relação às Políticas Públicas de Promoção à Saúde e Assistência Social à população idosa no município de Alfenas/MG, a partir da perspectiva da intersectorialidade. Para tanto, os entrevistados descreveram sobre a experiência como assistente social ou como gestor no atendimento à pessoa idosa, sobre as formas de organização do trabalho; os aspectos facilitadores e dificultadores no atendimento desse público; a articulação e a comunicação entre os setores que prestam atendimento e como percebem a própria atuação nas Políticas Públicas.

No Sub-eixo “Organização do trabalho, ações, definição de prioridades”, os participantes pontuaram demandas mais comuns nos serviços que atuam no atendimento direto ou indireto à pessoa idosa e o modo como são feitas as

abordagens. Ressalta-se que a presente pesquisa foi realizada em serviços diversos das Políticas de Saúde e de Assistência Social do município, nesse sentido, não se desconsidera as particularidades e dinâmicas de cada um.

No que concerne às demandas apresentadas pelo grupo etário, os entrevistados (AS) elucidaram à violação dos direitos da pessoa idosa, como abandono / negligência; além de questões demandadas pelo usuário do serviço, sua família e até mesmo da equipe de saúde.

Olha, os atendimentos [...] eles são muito pontuais no sentido assim de que a demanda também parte do usuário ou do profissional que está atendendo [...] assim, de idoso os principais casos que vem é a questão do cuidado em relação à família, né? Desde alimentação, higiene, principalmente essas questões, assim, são mais delicadas e que precisam de um acompanhamento [...] então, assim, tem paciente que chega sem se alimentar, tem paciente que chega sem se higienizar, né? Isso sim, tem vários tipos de demandas (ASv 01).

A violência contra a pessoa idosa se revela de diferentes formas, sendo mais nítida, a agressão física. Mas ela também se manifesta por meio da violência sexual, psicológica, econômica, institucional, da negligência / abandono como descrito na narrativa do entrevistado (ASv 01), e até mesmo autonegligência (Shimbo *et al.*, 2011). A equipe Estratégia Saúde da Família, enquanto principal porta de entrada do SUS, desempenha um papel crucial por ser o primeiro contato do usuário com a rede, além da coordenação do cuidado e do atendimento continuado (Malta *et al.*, 2015). A forma de se organizar do ESF, pautado nessa aproximação da equipe junto às famílias, contribui para identificação da violência intrafamiliar contra à pessoa idosa (Shimbo *et al.*, 2011). Para tanto, em muitos casos as suspeitas de violência são identificadas no primeiro momento pelo próprio Agente Comunitário de Saúde (ACS) devido a sua aproximação com as famílias.

Os serviços de Proteção Social Básica (PSB) ofertados nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) também carregam essa característica de se constituir no território através do estabelecimento de vínculo com a comunidade. Configura-se como um canal de acesso das pessoas idosas e suas famílias requererem seus direitos, mas também contribui para identificação das violações de direito (Brasil, 2009a).

O trabalho desenvolvido junto às famílias, segundo a normativa “Tipificação Nacional do Serviços Socioassistenciais”, no contexto do serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), se apreende nas origens e significados, mas

também na possibilidade de enfrentar os contextos de vulnerabilidade social vivenciada pela família, o que contribui para a proteção integral (Brasil, 2009a).

No âmbito da Proteção Social Básica (PSB), o trabalho se direciona à prevenção e proteção dos direitos, enquanto nos serviços de Proteção Social Especial (PSE), ofertado no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), como já apontado, se caracteriza essencialmente na averiguação e acompanhamento de casos de suspeita ou confirmação de violação dos direitos contra os públicos mais vulneráveis, como é o caso da pessoa idosa (Brasil, 2009b). Para tanto, as demandas encaminhadas ao serviço Proteção e Atendimento Especializado à Família e Indivíduos (PAEFI) carregam essa peculiaridade.

Quando se discute violência contra a pessoa idosa, é preciso atentar que os dados nem sempre são fidedignos à realidade, muitas formas de violência não são encaminhadas oficialmente para conhecimento dos órgãos, caindo na armadilha da subnotificação e, por conseguinte, comprometendo a elaboração de políticas públicas (Shimbo, 2011).

No que tange à prioridade de atendimento, observou-se que, em grande parte das narrativas dos assistentes sociais e também dos gestores, o tema veio associado ao atendimento preferencial de imediato e individualizado.

[...] a idade, em específico, não é um fator de decisão nossa. Normalmente, a nossa questão, nós não lidamos com a idade. Tem a questão do atendimento, quando a pessoa é idosa, ela tem um atendimento mais rápido, tanto na prioridade, eu acho que existe a questão de urgência antes (AS 04).

Infere-se que, a depender do serviço em que a pessoa idosa recorre, de fato, a priorização no atendimento não é garantida, como por exemplo no caso de alguns serviços da saúde em que o critério urgência se sobressai à priorização pelo fator idade. Todavia, é preciso ampliar essa discussão.

[...] o idoso, ele é tratado como outro usuário qualquer. É lógico, tem a questão, os profissionais, eles têm noção do estatuto do idoso, do que diz respeito à prioridade de atendimento [...] mas, no geral, ele é tratado e respeitado como outro usuário qualquer do serviço [...] a gente vê que tem sim um cuidado, até para análise por parte da equipe técnica na concessão desses benefícios, um cuidado maior para a pessoa idosa (AS 11).

A prioridade de atendimento às pessoas pertencentes a grupos específicos, como o caso da pessoa idosa, é garantida na Lei 10.048 (Brasil, 2000). Em 2003, o Estatuto da Pessoa Idosa veio reforçar essa garantia de prioridade ao grupo e ampliar esse direito. A Lei 10.741 de 2003 estabelece que a prioridade de atendimento às

peças idosas compreende não apenas o atendimento preferencial imediato e individualizado, mas a preferência na formulação e execução de políticas públicas; destinação privilegiada de recursos; garantia de acesso a rede de serviços de saúde e assistência; entre outros aspectos (Brasil, 2003).

Essa discussão corrobora com o estudo realizado por Martins e Massarollo (2010), que apontam a complexidade em torno do entendimento sobre o que é considerado prioridade, uma vez que abrange mais do que o simples cumprimento das leis. Este aspecto vai ao encontro a outro apontamento elucidado pelos entrevistados, que se refere a falta de uma sistematização do trabalho direcionado às pessoas idosas e suas famílias.

O atendimento com eles é pautado em um atendimento individualizado mesmo, bem pontual. [...] a gente não tem o trabalho sistematizado de acompanhamento da família e da pessoa idosa. Somente quando nos solicitam uma visita, alguma intervenção, a gente faz essa intervenção de imediato (AS 07).

Agora, ações pontuais, planejadas, desenvolvimento de ações para especificamente o público idoso, dentro do equipamento [...] e da Proteção Social Básica do município de Alfenas, isso não acontece (AS 11).

Como já abordado, o envelhecimento populacional é reflexo dos avanços sociais e de saúde, no entanto, ele ainda carrega alguns desafios a serem enfrentados, como por exemplo, a carência de políticas públicas direcionada à pessoa idosa com vistas a atender às novas demandas sociais e de saúde. Tal apontamento, também foi observado na narrativa de um dos participantes (GE 07).

[...] A gente tem alguns programas [...], mas a gente sente que o sistema não comporta a demanda que é tão alta e vem aumentando cada vez mais, por conta de longevidade mesmo, as pessoas estão vivendo mais, então a gente tem um pouco de dificuldade nesse sentido (GE 07).

São inúmeras as repercussões da falta de um trabalho sistemático nos serviços que já existem, bem como de políticas públicas para atendimento de determinadas demandas, a começar pela dificuldade de as pessoas idosas terem seus direitos garantidos (Brasil, 2003). Tanto a Política de Saúde como a de Assistência Social são regulamentadas por leis e normativas que direcionam a atuação profissional, tanto para atender as demandas apresentadas pela população em geral, como atendimento a grupos específicos, considerando suas particularidades.

O conhecimento sobre os direitos e normativas sobre as Políticas de Saúde e de Assistência Social, bem como os direitos da pessoa idosa, está previsto na

formação do profissional de Serviço Social e de outras profissões, no entanto, não é garantia de colocá-lo em prática. A restrição da capacidade de atendimento é uma realidade presente no cotidiano profissional do Assistente Social, como afirma Iamamoto (2000), tendo em vista que, a depender da instituição em que atuam, os profissionais são muitas vezes obrigados a exercer a função de “juiz” da pobreza e ou impedidos de atuar devido à ausência de recursos, o que é muito comum, dado o contexto de contrarreformas observado nos últimos anos.

O Serviço Social se constitui como profissão que visa garantir direitos sociais a partir de uma análise crítica da realidade (Piana, 2009). Nesse sentido, o profissional é demandado nos mais variados contextos institucionais a atuar na garantia de acesso a direitos, como em situações em que estes estão sendo violados, principalmente na atenção aos grupos mais vulneráveis, como é o caso da pessoa idosa.

No que concerne a Política de Saúde, um aspecto elucidado na narrativa de um dos entrevistados (AS 10) refere-se ao trabalho mais centrado na parte médica.

[...] Então, eu vejo o serviço muito centrado na parte médica, né? Então, assim, às vezes o paciente vem aqui, né, seja idoso ou qualquer outra faixa etária, mas pra consulta, e aí é nesse momento que eu consigo [...] fazer esse atendimento, fazer essa orientação (AS 10).

A questão levantada suscita a uma reflexão acerca do conceito ampliado de saúde, as questões subjacentes ao trabalho em equipe e a interdisciplinaridade (Schutz; Mito, 2010; Costa, 2007). Segundo Costa (2007), o trabalho em equipe, quando percebido como processo, requer reflexão dos papéis, das relações de poder e dos conteúdos estabelecidos, e acrescenta sobre a necessidade de um projeto, no qual os profissionais possam investir esforços para transformar práticas do cotidiano e construir novas formas de saber a partir do diálogo.

É perceptível o avanço na assistência à saúde já conquistados, no entanto, é imperativo reconhecer a necessidade de Políticas Públicas que aprimorem as conjunturas existentes na sociedade e incorporem um novo modo de apreciar a vida por meio da escuta, do vínculo, das relações e observando as particularidades de cada sujeito (Bagrichevsky, 2021).

Em se tratando do sub-eixo “Aspectos facilitadores e dificultadores”, os entrevistados expuseram as facilidades e dificuldades encontradas no atendimento à pessoa idosa.

Em relação às facilidades, observou-se durante a coleta dos dados uma dificuldade geral, principalmente por parte dos assistentes sociais, em apontar aspectos que facilitam a implementação da política pública em que atuam no atendimento à pessoa idosa. Mas destacaram à estrutura física que garante a acessibilidade às pessoas aos equipamentos; a disponibilidade de profissionais e a própria legislação que traz garantias quanto aos direitos desse público.

A acessibilidade nos espaços públicos é prevista em lei e abrange não apenas pessoas com deficiência, mas àquelas pessoas com mobilidade reduzida. A Lei 10.098, de 2000, define acessibilidade como a possibilidade e condição para a pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida em acessar com segurança e autonomia, espaços, equipamentos, informação e comunicação, entre outros, seja de uso público ou privado, em espaço urbano ou rural (Brasil, 2000). Falar em acessibilidade e mobilidade é fundamental quando se discute políticas voltadas para a pessoa idosa, tendo em vista a tendência de aumento da longevidade e da população idosa no país, e os reflexos do próprio processo de envelhecimento (Leite; Otonni, 2017).

De acordo com a narrativa de um dos entrevistados (GE 07), o apoio não apenas do executivo, mas também do legislativo, é um aspecto facilitador do trabalho. Importante destacar que tanto o executivo quanto legislativo ocupam um espaço institucional de mútua responsabilidade pelas leis elaboradas. Ao executivo, cabe a iniciativa de propor políticas públicas com base nas pautas de interesse público a partir de um debate ampliado e deliberativo (Torrens, 2013).

[...] política pública voltada para a pessoa idosa, hoje a gente consegue bastante apoio, eu digo até de política mesmo, em termos de câmara de vereadores, de prefeitura, de gestão como um todo, a gente tem um apoio e todo mundo identifica essa necessidade. É uma necessidade que todo mundo identifica e atua com prioridade (GE 07).

Outra facilidade levantada refere-se à contribuição da pesquisa científica, revelando o papel das Universidades na elevação da qualidade das políticas públicas (Agopyan; Arbix, 2022). É compreensível este apontamento, considerando a particularidade do município em relação ao serviço de educação superior ofertado por duas universidades, sendo uma pública e outra particular, ambas com muitos cursos da área da saúde: Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) e Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS), respectivamente. Compreende-se que essa característica do município de fato se revela como um potencial frente à possibilidade de estabelecimento de parceria entre ensino, serviço e comunidade.

Já em relação às dificuldades, os entrevistados destacaram a falta de interação entre a rede, de compreensão por parte dos profissionais no que tange as especificidades do processo de envelhecimento, de condições de trabalho, de recursos humanos e de infraestrutura, de apoio da gestão, de equipamentos que atendem ao público pessoa idosa. Além disso, destacaram a rotatividade de profissionais como aspecto dificultador na implementação de políticas públicas voltadas para a pessoa idosa.

A falta de compreensão sobre o processo de envelhecimento é apontada como aspecto dificultador, principalmente quando vem carregada de uma ideia de que ser uma pessoa idosa é sinônimo de dependência.

Então, eu já fui questionada[...] se eu poderia fazer atendimento individual com o idoso. Então, assim, as pessoas não entendem que eles também são donos deles, né? Se eles não são interditados, eles têm o direito de falar, de ser ouvido, de reclamar (ASv 01).

Para Queiroz *et al.* (2009), ainda são muito incipientes cursos de graduação que oferecem conhecimentos suficientes em áreas específicas, como a gerontologia e a geriatria, o que traz repercussões na qualidade do serviço ofertado, sobretudo na Política de Saúde. Para além da qualificação de profissionais, é essencial capacitar cuidadores informais, bem como a pessoa em processo de envelhecimento sobre questões relacionadas ao autocuidado, direitos, etc., compreendendo que todos são responsáveis pela construção de um envelhecimento ativo e saudável.

Infere-se a partir da narrativa do entrevistado (ASv 01), que um ponto primordial para pensar no avanço das políticas públicas voltadas para pessoa idosa, sobretudo considerando o contexto de envelhecimento populacional, é desconstruir essa visão limitada de que a pessoa idosa é incapaz de se expressar e tomar decisões.

Além da falta de entendimento sobre o envelhecimento, a falta de condições para realização do trabalho também é apontada como aspecto dificultador.

Não temos condições de trabalho para poder atuar, a gente não tem equipamentos, não tem transporte para gente realizar visitas domiciliares, a gente não tem telefone para contato, né? Isso tudo dificulta muito, principalmente (AS 06).

A falta de condições de trabalho está presente na discussão de Camargo (2021), que aponta que a profissão de Serviço Social tem sofrido imposições, e para tanto vem sendo marcada pela precarização do trabalho em diferentes instituições, graus e níveis. A escassez de recursos para o desenvolvimento do trabalho se coloca

na direção da precariedade das políticas públicas. Nesse sentido, a falta de infraestrutura necessária quando não acessada pelo profissional ou com acesso limitado, colabora para acúmulo de trabalho e até mesmo para o seu adoecimento (Camargo, 2021).

Importante destacar que a falta de condições para o trabalho não se restringe a realidade do profissional de Serviço Social, é possível observar em outros contextos profissionais.

Muitas vezes a gente não tem verba suficiente para fazer campanhas, porque não adianta a gente ficar dentro do serviço. A gente precisa ir para a comunidade. A comunidade tem que conhecer aquilo que ela tem direito (GE 04).

O entendimento do gestor (coordenador) sobre a importância de realizar as ações previstas em normativas é fundamental, considerando o seu papel no direcionamento das atividades. No entanto, em determinados casos, é insuficiente para colocar em prática, tendo em vista, os vários fatores envolvidos que extrapolam muitas vezes a atuação municipal, depende de outras frentes como os estados e a União.

A carência de equipamentos de atendimento à pessoa idosa também é vista como uma dificuldade, e pode ser observada tanto nas narrativas de assistentes sociais quanto dos gestores.

A gente encontra uma dificuldade muito grande, principalmente na pessoa idosa que necessita de cuidados especiais, porque a gente tem programas voltados para a terceira idade, tem muita coisa, mas para quem está totalmente saudável. Então quando a gente tem um idoso acamado, que precisa de um cuidado específico ou deficiência, até demência [...] O lar que a gente tem, tem uma fila de espera gigantesca. A gente tem uma parcela que talvez não se encaixe no lar, não se encaixe em residência terapêutica, que às vezes não tem nenhum tipo de problema psiquiátrico. Então tem uma parcela da população idosa que a gente não consegue atender por uma deficiência de uma instituição pública voltada para isso (GE 07).

Importante destacar, que o único serviço da Política de Assistência Social que atende exclusivamente a pessoa idosa no município de Alfenas/MG é uma Instituição de Longa Permanência – Lar São Vicente de Paulo. A Política Nacional do Idoso (PNI) traz em seu Art 3º, inciso I quanto às responsabilidades da família, do Estado e da sociedade em assegurar os direitos da pessoa idosa, no que concerne à sua dignidade, bem estar e direito à vida. Como apontado por Duarte *et al.* (2016) esta responsabilidade deveria ser compartilhada entre a família, o Estado e a sociedade,

no entanto, na prática isso não acontece, a família acaba assumindo todo o cuidado da pessoa idosa.

Com as transformações na estrutura familiar, os recursos se tornam cada vez mais limitados, muitas vezes as famílias se veem em situações de incapacidade assistencial para aquela pessoa idosa e diante apenas de duas alternativas: institucionalizá-la ou enfrentar possível imputação de negligência e até criminalização (Duarte *et al.*, 2016).

A PNI estabelece que o cuidado à pessoa idosa deve ocorrer em nível familiar, em detrimento da transferência para instituição de longa permanência. Contudo, como apontado por Camarano e Mello (2010), existem outras alternativas de cuidado, como por exemplo os Centros-Dia e visitas domiciliares (Camarano; Mello, 2010).

Como exemplo, em Belo Horizonte, existe o Programa Maior Cuidado (PMC), uma política pública implementada em 2011, executada intersetorialmente entre a Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania; Secretaria Municipal de Saúde e entidades da rede socioassistencial. O Programa se destina ao atendimento das pessoas idosas frágeis em situação de semidependência ou dependência, que se encontram em contexto de vulnerabilidade e risco social, residentes em áreas de abrangência dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS e conta com o Projeto Cuidador (Fagundes, 2019).

O município de São Paulo, desde 2004, também desenvolve um Programa de Acompanhantes de Idosos por meio da Secretária Municipal de Saúde. Ambos os programas são mantidos com financiamento público e são considerados exemplos exitosos no campo de políticas públicas que traduzem vontade política (Duarte *et al.*, 2016).

Retomando aos aspectos dificultadores, a falta de apoio da gestão no desenvolvimento das ações se mostra como uma dificuldade encontrada, segundo a narrativa de um dos entrevistados (AS 11). Neste ponto, é importante destacar que a atuação profissional perpassa pelas normativas que orientam o trabalho, mas também pelo posicionamento do gestor frente às pautas levantadas.

[...] talvez o desconhecimento e o desinteresse por parte do gestor em implementar a política. Porque existe todo um direcionamento, um arcabouço teórico que orienta a implementação da política, as ações, práticas, mas o dificultador maior do gestor é que ele não tem esse interesse [...] quando se troca o gestor, tem gestores que dão um pouco mais de autonomia para a equipe técnica pensar, planejar e executar determinadas ações. Mas o que a gente vê é que, por mais que a equipe técnica tenha o interesse, a competência em realizar, ela esbarra no interesse contrário da gestão. E se a gente está

falando de uma hierarquia de cargos de poder, a equipe técnica dificilmente ela consegue executar, porque aí às vezes o gestor barra, ele não concorda, ele não quer, ele não aceita que seja feita determinada ação (AS 11).

Compreende-se que o obstáculo que os profissionais de serviço social se deparam no cotidiano prático em criar, recriar e implementar políticas públicas de certo modo repercute no fomento à burocratização das políticas públicas e no vazio profissional. Como afirma Iamamoto (2000), é preciso afastar-se de perspectivas de uma visão muito fatalista ou idealizada do real e entender que não depende apenas do profissional, mas de outras forças, inclusive a sociedade civil.

Outro desafio apontado refere-se à Política de Recursos Humanos. Como elucidado na narrativa de um entrevistado (GE 04), a rotatividade de profissionais dificulta o planejamento de ações, bem como sua execução.

[...] maior dificuldade é o grande rodízio de profissionais que a gente tem na rede de saúde. Porque há muitos anos que a gente não tem concursos, então como são pessoas de processo seletivo, a gente tem um rodízio muito grande. Então a gente precisa sempre estar reativando, digamos assim, esse processo (GE 04).

A contratação temporária de servidores públicos expressa em lei, decorre de uma excepcionalidade para atendimento de uma demanda temporária, no entanto, essa prática muitas vezes é utilizada de modo indiscriminado com objetivo de suprir uma deficiência na força de trabalho efetivo. As repercussões das contratações temporárias dizem respeito a ausência na garantia de acesso aos direitos trabalhistas, bem como a dificuldade de proteção contra perseguições, demissões movidas por questões políticas e pessoais. A estabilidade protege não apenas o servidor, como assegura à sociedade contra o nepotismo e clientelismo, e inibe a ruptura administrativa, de modo a manter a qualidade e continuidade das políticas públicas (Braunert *et al.*, 2021).

Além disso, um entrevistado (AS) apontou sobre a necessidade do profissional de psicologia no atendimento à pessoa idosa. As Políticas de Saúde e de Assistência Social reconhecem as contribuições desta categoria, no entanto, na prática isso nem sempre acontece, e quando ocorre, a quantidade de profissionais é insuficiente ao atendimento das demandas. Vale dizer, que o envelhecimento é um processo que ocorre não apenas transformações físicas, como também pode gerar diversas alterações psicológicas e o profissional de psicologia pode contribuir

significativamente na elaboração desses processos junto a esses sujeitos (Rocha, 2018).

No Sub-eixo “Articulação e Comunicação”, os participantes pontuaram como percebem a articulação e a comunicação entre os setores que atendem a pessoa idosa no município. As questões que emergiram dizem respeito à fragilidade na comunicação e articulação; informalidade nos encaminhamentos dos casos, bem como ausência de fluxo.

A fragilidade na comunicação e articulação foi observada tanto na narrativa do Assistente Social como do Gestor. No trecho abaixo, um entrevistado (GE) reflete sobre as dificuldades enfrentadas com a setorização e fragmentação das ações.

Porque eu acho que às vezes acontece, por exemplo, acontece uma coisa numa secretaria que eu não consigo resolver esse problema, então a tendência é a gente sempre empurrar o problema para outra pessoa. Então, ao invés de empurrar, a gente precisa estar todo mundo trabalhando juntos para tentar resolver os problemas (GE 07).

A setorização e fragmentação das ações é uma realidade presente nas políticas públicas. Como já elucidado pelos entrevistados, e com base em normativas e pesquisas científicas, o indivíduo deve ser percebido na sua totalidade, não é possível compartimentalizar o paciente / usuário. Segundo Junqueira (2000), os problemas sociais que emergem na contemporaneidade são complexos e exigem um olhar sistêmico, sendo necessário sair do modo automático que não consegue compreender as mudanças na sociedade.

Inferre-se que a fragilidade na comunicação e articulação pode está sendo agravada pela informalidade e ausência de fluxo, como levantado pelos entrevistados.

[...] não tem um fluxo, né? As redes não se conversam através de fluxo. [...] falando da saúde, eu falo, é uma comunicação rasa, mas da saúde a gente percebe um cuidado maior, sabe? [...] a gente percebe esse olhar diferenciado para a pessoa idosa. Mas de um contexto geral, é uma comunicação bem rasa mesmo, sabe? É como se estivesse naturalizando aquela situação da pessoa idosa e um encaminhamento bem, sabe, simples, sem ter esse olhar para o contexto dos direitos da pessoa idosa (AS 07).

A formalização de encaminhamentos por meio de documentos em qualquer política pública é fundamental para garantir sua efetividade. No âmbito do SUAS, a efetividade no encaminhamento do usuário para outras políticas decorre do investimento da gestão, de modo a dar espaço para discutir e construir fluxos de informação em direção a intersectorialidade (Brasil, 2012c).

Na saúde, existem algumas ferramentas que facilitam a comunicação e articulação dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A padronização de formulários para encaminhamentos e agendamento de procedimentos pode se constituir como facilitador do processo para o usuário, bem como a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (Ávila *et al.*, 2022).

De acordo com Ávila *et al.* (2022), o Prontuário Eletrônico possibilita ao profissional conhecer o usuário, sua família e o contexto no qual está inserido, bem como o histórico de atendimentos. A implantação do Prontuário é marcada por avanços como, por exemplo, fortalecimento da comunicação interprofissional e outros serviços da RAS, mas também por desafios, como a falta de infraestrutura das unidades básicas de saúde, a resistência dos profissionais, entre outros aspectos.

Na análise de um entrevistado (AS), existe uma diferença entre a Política de Saúde e de Assistência Social em relação ao olhar e a forma de conduzir os casos que tratam da pessoa idosa. Ressalta-se que o processo de envelhecimento é singular, cada pessoa experencia de uma forma, e justamente pelas particularidades do processo e das transformações na sociedade, a PNI estabelece como uma das diretrizes em seu Art 4º, inciso V, “capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços”, e no inciso IX “apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento”. Para tanto, retoma-se a ideia de que o Gestor tem um papel fundamental no fomento à capacitação dos profissionais.

Vale dizer, que a intersetorialidade transpassa a ideia de articulação e comunicação entre os setores, o que exige um nível maior de integração e compartilhamento (Bichir *et al.*, 2016). Não obstante, com base os aspectos elucidados pelos entrevistados, o cenário parece muito distante do que está preconizado nas normativas do SUAS e SUS.

Quanto ao sub-eixo “Percepção sobre a própria atuação”, os entrevistados expuseram como percebem a própria atuação na implementação de políticas voltadas para a pessoa idosa, no que concerne a intersetorialidade. As narrativas sugerem que existe um movimento por parte do profissional / gestor no sentido de tentar promover a articulação e comunicação entre as políticas públicas.

[...] sempre que eu sou provocada a falar sobre, enquanto profissional, eu me manifesto. Seja no setor, seja no próprio ambiente de trabalho. Eu tento ter essa postura, esse olhar mais profundo com relação à pessoa idosa. No sentido de fortalecer as políticas, sugerir alguma coisa (AS 07).

Eu tento visualizar na clareza disso, de quais são os setores, de quais áreas, de quais equipamentos de atuação e orientar o meu usuário, o paciente, sobre isso (AS 09).

Entretanto, ainda que exista esse comprometimento, a sobrecarga de trabalho acaba dificultando a atuação. De acordo com a narrativa de um dos entrevistados (AS 06), a dificuldade reside na falta de tempo para se dedicar a construção da política pública voltada para a pessoa idosa a partir da perspectiva intersetorialidade, uma vez que grande parte do tempo se desdobra ao atendimento das demandas pontuais e emergenciais.

Vejo que está frágil também. Porque a sobrecarga que a gente tem pra atuar naquele imediato, não nos sobra muito tempo pra gente construir e desenvolver as políticas públicas da maneira que precisa. Tirando um pouquinho da responsabilidade, não só a gente entende da nossa limitação, mas entende também que a sobrecarga de serviço dificulta isso. Dificulta a gente ter um tempo pra poder sentar, discutir, construir e mostrar para os nossos gestores (AS 06).

O profissional de serviço social é demandado nos mais variados espaços a atuar, contudo, a tensão no cotidiano reduz a sua capacidade em lidar com questões que exigem um olhar singular, gerando assim uma atuação automática e superficial, organizado muitas vezes a partir de um arcabouço jurídico burocrático (Lacerda, 2014).

Compreende-se que as discussões traçadas nesta categoria, subdividida em quatro sub-eixos “Organização do trabalho, ações e definição de prioridade”, “Aspectos facilitadores e dificultadores”, “Articulação e Comunicação” e “Percepção sobre a própria atuação”, estão em acordo com o objetivo específico proposto de levantar as narrativas de uma amostra dos assistentes sociais e dos gestores (coordenadores) atuantes nas Políticas de Saúde e de Assistência Social no município de Alfenas/MG sobre as Políticas Públicas voltadas à população idosa e possível intersetorialidade.

Em síntese, os principais pontos identificados nas narrativas dos assistentes sociais e gestores referem-se às demandas relacionadas às violações de direitos da pessoa idosa, falta de uma sistematização do trabalho para além do atendimento às demandas pontuais; dificuldades encontradas em relação a interação da rede, condições de trabalho, falta de recursos e infraestrutura e de apoio da gestão, além da carência de programas voltados especificamente para pessoa idosa. A comunicação e articulação entre as políticas públicas é vista como frágil, sendo

agravada pela ausência de fluxo e a informalidade na condução dos casos. Ainda que exista um empenho / comprometimento por parte dos profissionais, percebe-se partir das narrativas que é insuficiente frente às dificuldades. A garantia de acessibilidade nos equipamentos de saúde e de assistência social, bem como as contribuições da pesquisa científica constituem como aspectos facilitadores para a implementação de políticas públicas para pessoas idosas no município.

De modo geral, pode-se dizer que as narrativas apresentam um cenário em que as políticas públicas voltadas para pessoa idosa no município se mostram distantes do que se preconiza nas leis e normativas que abordam a temática. Além disso, depreende-se que alguns aspectos evidenciados na coleta de dados podem retratar em parte, a realidade de outros municípios do Brasil, sobretudo quando aborda-se o contexto de contrarreforma experienciado no país nos últimos anos, o qual, segundo Wanderley *et al.* (2020) foi possível notar um agravamento da questão social, marcado pelo aumento desigualdade social, pobreza e desemprego.

O envelhecimento populacional é uma realidade atual, resultado de avanços sociais e de saúde, mas que carrega muitos desafios para as políticas públicas, principalmente para as de Assistência Social e de Saúde. Como observado, são vários aspectos que impactam a implementação e a qualidade das políticas públicas no município. Este cenário é preocupante, tendo em vista que a população idosa, especialmente as pessoas que vivenciam contextos de vulnerabilidade social, é a que mais sente esses impactos, devido ao fato de que o único recurso dessas pessoas, para ter uma vida minimamente digna e com qualidade, é acessar o SUS e/ou o SUAS.

4.2.3 Categoria – Limites, potencialidades e desafios da intersetorialidade

Nesta categoria apresentam-se os resultados e discussão sobre limites, potencialidades e desafios da intersetorialidade no que concerne ao atendimento à pessoa idosa no município.

No primeiro sub-eixo, os entrevistados expuseram suas compreensões acerca das “potencialidades, limitações e lacunas” para o trabalho intersetorial no atendimento à população idosa no município de Alfenas/MG. Percebe-se uma consonância nas narrativas dos assistentes sociais e dos gestores em relação a discussão apresentada nos eixos anteriores.

O primeiro ponto destacado como potencialidade presente nas narrativas dos entrevistados (AS) refere-se ao fato do município ter profissionais com expressiva bagagem teórica, interessados em avançar nas políticas voltadas para a pessoa idosa.

Ainda que o interesse e engajamento individual contribua positivamente no processo, no tocante a intersetorialidade, é fundamental o envolvimento de todos os atores, principalmente os gestores, uma vez que a intersetorialidade demanda ação coletiva e se constitui de modo intencional e efetivo no cotidiano prático dos atores envolvidos na implementação da política pública (Pires, 2016).

Outra potencialidade levantada por um dos entrevistados (AS 09) refere-se à abrangência das Estratégias Saúde da Família (ESF) - anteriormente denominado de Programa Saúde da Família; e dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Eu acho que a gente tem todos os equipamentos funcionando. Isso é extremamente positivo. [...] CRAS em todas as regiões. [...] tem PSF em todas as regiões. Se não me engano, a cobertura é 100% ou próximo disso. Até em zona rural [...]. Mas a potencialidade, eu acho que é isso. De ter os equipamentos, de serem reais. Agora, o que a gente precisa é que a política funcione (AS 09).

No contexto da Política de Saúde, a Portaria 2.436 de 2011, que regula a Política Nacional de Atenção Básica apresenta no Artigo 7º inciso II como responsabilidade de todas as esferas do governo, o apoio e o estímulo a adoção da ESF enquanto estratégia prioritária na expansão, consolidação e qualificação da atenção (Brasil, 2017b). Todavia, são vários os fatores envolvidos no processo de expansão das ESFs, nesse sentido, cada município experencia de um modo.

No contexto da Política de Assistência Social, as normativas trazem que no território é que se evidenciam as contradições da realidade, sendo o âmbito local determinante para compreender as situações de vulnerabilidade e risco social e o seu enfrentamento. Pode-se dizer que o CRAS é a materialização da atuação do Estado, no que se refere a democratização dos direitos, sendo é substancial atentar-se aos serviços de Proteção Social Básica (PSB) já previstos na PNAS, bem como suas diretrizes para o seu pleno funcionamento (Brasil, 2009b).

O Plano Municipal de Assistência Social é uma exigência prevista em normativas e tem por objetivo avançar na qualidade dos serviços ofertados e universalização da rede de Proteção Social Básica, com base em estudos e

diagnósticos da realidade e no mapeamento, e identificação na cobertura da rede. Para tanto, prevê a definição de objetivos; diretrizes e prioridade; metas e orçamento; fontes de financiamento; ações de monitoramento e avaliação; partindo da compreensão que a implantação do CRAS deve acontecer de forma gradual (Brasil, 2009b). Infere-se que não basta a ampliação na cobertura dos CRASs, mas garantir que os serviços preconizados na Política estão sendo de fato executados conforme as exigências.

A disponibilidade de espaços e áreas verdes no município para o desenvolvimento de atividades para as pessoas idosas, principalmente para aquelas que possuem autonomia e independência, é compreendida por um dos entrevistados (GE 03), como potencial para elaboração de políticas públicas voltadas para o público.

De fato, as áreas verdes têm um papel fundamental no ordenamento urbano, assumindo diferentes funções que contribuem para a diminuição dos impactos da urbanização, bem como melhoria da qualidade de vida da população. Além das melhorias relacionadas a questão ambiental, as áreas verdes podem constituir-se em espaço de desenvolvimento social, que quando dispendo de infraestrutura adequada com acessibilidade, segurança, entre outros aspectos, pode beneficiar diferentes públicos (Londe; Mendes, 2014). Os benefícios dizem respeito ao bem estar, saúde física e psíquica de toda população, mas também de ser um espaço de socialização, oportuno para o desenvolvimento de ações voltadas para o estreitamento intergeracional.

Ao passo que a articulação e a comunicação entre os setores são compreendidas pelos entrevistados como frágil, como já discutido, no tocante ao trabalho interno, é apreendido como uma potencialidade por um dos entrevistados (AS 04). Ressalta-se que a experiência de cada entrevistado depende da dinâmica própria de cada serviço, da relação estabelecida entre profissional e chefia direta, bem como da compreensão que o profissional e o gestor têm da Política Pública em que atuam.

Além das questões elucidadas, os entrevistados também destacaram, como potencialidades para o trabalho intersetorial, a própria Política de Assistência Social que traz normativas que orientam a condução do trabalho intersetorial no contexto prático, bem como a estrutura de serviços ofertados no município, com hospitais, universidades, entre outros.

Entre às limitações para o trabalho intersetorial no atendimento à pessoa idosa, evidenciadas nas narrativas dos entrevistados, destacam-se a falta de programas

voltados especificamente para a pessoa idosa, falta de conhecimento por parte dos gestores e falta de recursos materiais e humanos. Além destes, a questão “política” foi apontada como uma limitação por um dos entrevistados (GE 02).

A carência de programas para atendimento às demandas voltadas para pessoa idosa é uma questão que suscitou de modo recorrente nas narrativas dos entrevistados ao longo desse estudo, tanto dos gestores quanto dos assistentes sociais. Importante considerar que a carência de programas tem relação com vários aspectos já elucidados. Entre eles, estão a falta de recursos financeiros, bem como falta de entendimento por parte dos gestores e até mesmo interesse por parte dos governantes.

Como abordado por Miranda *et al.* (2016), são vários aspectos envolvidos no processo de envelhecimento que repercutem na vida da pessoa idosa, como em toda a população, e para tanto, deve ser encarado pelo Estado com urgência, tendo em vista o acelerado envelhecimento populacional e o aumento da longevidade. Entre os principais pontos levantados pelos autores estão a questão previdenciária; a nova realidade demográfica que exige do sistema de saúde uma capacidade cada vez maior; a transição epidemiológica, entre outros. Infere-se que o próprio contexto pandêmico experienciado por toda população (2020/2022) contribuiu para o agravamento do cenário, e no que concerne a pessoa idosa, os impactos foram marcantes e serão sentidos por muitos anos, sobretudo pela população idosa em situação de vulnerabilidade e risco social e de saúde.

O aspecto “político” apresentado pelo entrevistado (GE 02) como uma limitação para o atendimento às demandas voltadas para pessoa idosa e sua perspectiva com a intersetorialidade, suscita a reflexão sobre o contexto histórico de implementação de políticas públicas no Brasil, o qual foi marcado por práticas enraizadas no clientelismo e nepotismo (Vieira, 2015; Ribeiro, 2004). Como apontado por Ribeiro (2004), existe uma problemática na relação que permeia as esferas pública e privada, e isso repercute nas políticas públicas. Como exemplo, mesmo com a promulgação da Constituição Federal em 1988, ainda é possível notar uma grave distorção no modo como os cargos públicos são absorvidos.

Sob esse olhar, salienta-se que o clientelismo na atualidade adquiriu novas expressões, sendo incorporados novos padrões de relação entre Estado e Sociedade. Sendo assim, tanto na Política de Saúde, como na Política de Assistência Social, é comum práticas sustentadas pelo interesse em adquirir votos no período eleitoral

(Vieira, 2015). Essa discussão corrobora com um estudo realizado por Vieira (2015), no qual foi feita uma análise da presença de práticas clientelistas na área de atenção à saúde. Na Política de Assistência Social, a realidade não é diferente, e como afirma Dantas (2016), ainda permanece a necessidade de ruptura com as concepções tradicionais enraizadas no clientelismo e práticas assistencialistas.

Ao trazer para o campo das políticas públicas direcionadas à pessoa idosa e sua perspectiva com a intersetorialidade, são inúmeras as repercussões da não inclusão de pautas que abordam a temática na agenda pública, sobretudo quanto se aborda em nível municipal. Como já elucidado, as políticas públicas voltadas para pessoa idosa tiveram avanços significativos, resultados de intensas lutas sociais, influência de documentos internacionais e promulgação da Lei Magna. No entanto, a efetivação dos direitos materializados na legislação é lenta, considerando os vários aspectos envolvidos que remetem às contradições entre o que consta nas leis e as diretrizes neoliberais de vários governos (Teixeira, 2015).

Depreende-se que a nível local, o olhar dos governantes sobre temas como envelhecimento, transformações demográficas e as demandas apresentadas pelo grupo etário, ainda é muito incipiente e tardio. Por isso, são determinantes espaços de participação social para que pautas como essa temática sejam trazidas, bem como de modo mais amplo, a partir de um diálogo único, seja viabilizado e promovido a intersetorialidade, para que assim garanta o que já está preconizado nas Políticas de Saúde e de Assistência Social.

Entre às lacunas identificadas pelos entrevistados, destacam-se: distanciamento entre o que está preconizado nas Políticas de Saúde e de Assistência Social e o que ocorre na prática; falta de profissionais qualificados para atender a pessoa idosa, fragilidade na Política de Assistência Social; a questão financeira; e falta de desenho da rede e fluxograma.

Observa-se que algumas narrativas referentes às limitações e lacunas apontadas pelos entrevistados carregam similaridades. O primeiro aspecto a ser destacado refere-se à falta de conhecimento por parte dos gestores sobre as normativas, apontado por um dos entrevistados (AS 11) como uma limitação para políticas públicas direcionadas à pessoa idosa e sua perspectiva com a intersetorialidade.

Os limites realmente é a falta de conhecimento por parte dos gestores. Os gestores necessitam entender que aplicar a normativa, o direcionamento teórico, é a situação mais adequada (AS 11).

Aliado a este apontamento, um entrevistado (AS 03) destacou como a lacuna, o distanciamento entre o que a normativa do SUS e do SUAS estabelecem e o que ocorre na prática, trazendo uma narrativa acerca das implicações da “política” em um serviço que é técnico.

No que tange a Política de Assistência Social, a PNAS define como um dos aspectos chave para determinar a nova relação entre gestores e técnicos, a instituição de uma política de recursos humanos pautada na capacitação de todos os atores, isto é, dos trabalhadores, mas também dos gestores e conselheiros, de forma sistemática e continuada, sustentável, participativa, nacionalizada, descentralizada, avaliada e monitorada (Brasil, 2005; 2006). No âmbito do SUS, também prevê a capacitação através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, conforme a Portaria 198 GM/MS implementada em 2004 (Brasil, 2004).

Como já enfatizado, compreende-se que o Gestor possui um papel relevante no desenvolvimento de um conjunto de atividades políticas, administrativas e técnicas relacionadas à coordenação, planejamento, negociação, controle, acompanhamento e avaliação (Pinafo *et al.*, 2016). Assim como na Política de Assistência Social, na Política de Saúde, como apontado por Pinafo *et al.* (2016), é esperável que os gestores que ocupam os cargos estejam aptos a gerir o sistema, considerando a complexidade dos processos.

De acordo com Norma Operacional Básica - Recursos Humanos, constitui entre os princípios éticos para os trabalhadores da Assistência Social:

[...] ofertar seus serviços com o conhecimento e compromisso ético e político de profissionais que operam técnicas e procedimentos impulsionadores das potencialidades e da emancipação de seus usuários (Brasil, 2006b, p. 13).

A normativa também elucida que a equipe de referência deve ser constituída por profissionais efetivos responsáveis pela organização e oferta dos serviços. O documento descreve que o perfil do coordenador do equipamento, que independente do porte do município, deve ter formação em nível superior, concursado e com experiência em trabalhos comunitários e gestão de programas etc. (Brasil, 2006b).

Corroborando com essa discussão, um dos entrevistados (AS) destacou como lacuna para políticas públicas voltadas à pessoa idosa e sua perspectiva com a intersetorialidade, a Proteção Social Básica.

[...] de lacuna, acho que em termos de assistência, o problema maior do município geral é a Proteção Social Básica, porque ela é a leitura, ela é a

aproximação com o usuário no território, ela é o fortalecimento de vínculos, ela é a vigilância socioassistencial, a proteção social básica, e aí é nesse sentido, é nesse sentido de prevenção de violação de direitos, é a assistência fazendo a leitura, fazendo os devidos encaminhamentos, é a assistência que pode identificar uma questão de saúde, fazer um diálogo com a saúde, fazer um diálogo com o esporte, fazer um diálogo com a habitação, com o transporte (AS 11).

Importante refletir que, a fragilidade nos serviços de Proteção Social Básica traz implicações no desenvolvimento de serviços essenciais que já estão preconizados na política, como o serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). As repercussões são observadas pela população em situação de vulnerabilidade social, mas principalmente os grupos específicos, como é o caso da pessoa idosa.

Como afirmam Wanderley *et al.* (2020), a intersetorialidade se consubstancializa nos territórios e exige um olhar multidimensional sobre os problemas sociais, tendo em vista a sua complexidade. Apoiada na territorialização, a intersetorialidade expande as possibilidades e efetividade de um trabalho integrado por meio de diagnósticos, ações e partilha de responsabilidades.

A falta de recursos financeiros para políticas públicas direcionadas à pessoa idosa é apontada tanto como uma limitação como lacuna para o trabalho intersetorial. Na análise de um dos entrevistados (GE 07), se as políticas públicas, bem como recursos financeiros para sua execução, fossem definidas a nível federal e estadual, isso facilitaria a condução por parte do município.

Este apontamento corrobora com o estudo realizado por Chiarelli e Batistoni (2022), o qual aponta sobre algumas fragilidades do Estatuto da Pessoa Idosa. Entre vários os aspectos estão a falta de clareza do Estatuto acerca da prioridade na implementação de políticas públicas voltadas para pessoas idosas, bem como direção das fontes de financiamento.

Pensar política pública a nível nacional no Brasil requer um olhar atento sobre as diferenças regionais e locais, bem como os desafios a serem enfrentados. O Programa Envelhecer nos Territórios se constitui como um importante movimento recente do Governo Federal que pode contribuir para a criação ou fortalecimento de arranjos institucionais que viabilizem a efetivação da política direcionada para pessoa idosa nos territórios, trazendo a intersetorialidade para o centro da atuação. Todavia, conforme as informações constantes no site do Ministério dos Direitos Humanos e da

Cidadania, ainda é tímida a implantação desse Programa (Brasil, 2023b; Brasil, 2023c).

Enquanto um entrevistado destacou como potencialidade o fato de o município possuir profissionais capacitados e interessados em desenvolver um trabalho direcionado à população idosa, outro entrevistado apontou como lacuna a necessidade de qualificar profissionais para atender as especificidades do grupo etário. A qualificação é expressa como uma possibilidade de o profissional compreender o que está preconizado na normativa e se engajar com a pauta, todavia, no contexto de rotatividade de profissionais esse investimento parece distanciar-se.

A falta de conhecimento dos serviços que compõem a rede constitui uma lacuna para o trabalho intersetorial direcionado à pessoa idosa, segundo narrativas dos entrevistados. Infere-se que esse desconhecimento é agravado pela falta de fluxograma dos serviços, o que traz implicações importantes na qualidade das políticas públicas.

Fazer um planejamento, um fluxograma mesmo, uma... Desenhar a rede dentro do município pra que aconteça a relação intersetorial. Sem essa relação a gente não consegue fazer o trabalho que deve ser feito. Então a lacuna hoje pra mim no município é desenhar a rede (GE 02).

Para Wanderley *et al.* (2020), a construção de uma nova cultura de organização e absorção das demandas, a partir do princípio da integralidade, perpassa pela criação de fluxos e sistemas que possibilitem a organização, comunicação e estabelecimento de estratégias entre o governo e agentes, sejam eles pertencentes a administração pública e ou outras instituições que integram a rede.

Em relação ao sub-eixo “Perspectiva da Intersetorialidade no município”, foi possível observar que as narrativas vão ao encontro do que já foi abordado nos eixos anteriores, no que se refere a atuação fragmentada e setorializada no município de Alfenas/MG em relação as Políticas de Saúde e de Assistência Social no atendimento à pessoa idosa. Observa-se, pelas narrativas dos entrevistados, que há um claro distanciamento entre as secretarias e não existe um estímulo para que essa aproximação aconteça, o que compromete a execução das Políticas de atendimento à pessoa idosa, dado as suas especificidades.

A intersetorialidade possibilita melhorar a qualidade de vida das pessoas, otimizar recursos financeiros, materiais e humanos e, por meio de planejamento, alcançar metas e resultados (Wanderley *et al.*, 2020). Mas como apontado pelos

autores, a iniciativa para promoção da intersetorialidade exige decisão institucional e política, não basta apenas o interesse dos profissionais.

Outro ponto destacado na narrativa de um dos entrevistados (AS 10) refere-se à articulação e comunicação entre os setores, que muitas vezes decorre da atuação do Assistente Social. Compreende-se que a explicação reside em parte nas especificidades da própria profissão, o qual o projeto ético político do Serviço Social direciona a ação do profissional a atuar conjuntamente, se constituindo na interlocução com outros saberes profissionais (Negri; Biasi, 2015).

Ressalta-se que a intersetorialidade das políticas de Saúde e de Assistência Social no município, em geral, é compreendida pelos entrevistados como frágil, mas para um dos entrevistados (GE 07), houveram avanços, razão pela qual enxerga o quadro com maior otimismo.

A compreensão de que, na Política de Saúde, a intersetorialidade é mais avançada se comparada à Política de Assistência Social no município, é um aspecto também elucidado nas narrativas. Esse aspecto se direciona, entre outras questões já destacadas, a discussão traçada por Monnerat e Souza (2011), quando apontam as dificuldades encontradas pela Política de Assistência Social devido à baixa capacidade institucional, financeira e política.

Apesar de ser uma das áreas com maior clareza sobre a importância da intersetorialidade, a Política de Assistência Social carrega o legado histórico de não constituição enquanto política, sendo possível observar pela pouca prioridade por parte dos governantes em relação aos serviços socioassistenciais. Vale dizer, a Política de Saúde também enfrenta desafios no que concerne as perspectivas da intersetorialidade, apesar dos avanços em termos de descentralização e da construção de sistemas mais integrados sob ótica da Redes de Atenção à Saúde (Monnerat e Souza, 2011).

Compreende-se que as discussões traçadas nesta categoria “Limites, potencialidades e desafios da intersetorialidade”, subdividida em dois sub-eixos “Limites, potencialidades e lacunas” e “Perspectivas da Intersetorialidade”, atendem ao objetivo proposto de “descrever e analisar a partir das narrativas do atendimento à população idosa, os limites, potencialidades e desafios para a perspectiva das diretrizes da intersetorialidade município Alfenas/MG”.

Em suma, destacam-se, entre as principais limitações para o trabalho intersetorial direcionado à pessoa idosa, segundo as narrativas dos entrevistados, a

carência de programas específicos para atendimento à pessoa idosa, falta de conhecimento por parte dos gestores e insuficiência de recursos humanos e materiais. Aliado a isso, pode-se inferir, entre as principais lacunas, a fragilidade da Proteção Social Básica no município, além de outras questões elucidadas pelos entrevistados. Entre as potencialidades destacadas nas narrativas, está o interesse por parte dos profissionais e a estrutura de serviços com hospitais, universidades, etc.

Fazendo uma síntese dos aspectos gerais presentes nas três categorias, considera-se que as questões levantadas pelos participantes do estudo, bem como as reflexões teóricas, permitiram analisar as Políticas Públicas direcionadas à promoção da saúde e da assistência social à população idosa a partir da compreensão dos profissionais de Serviço Social e Gestores de Alfenas/MG, através da perspectiva da intersetorialidade.

A realidade social que se apresenta é complexa e traz exigências para novos olhares sobre os problemas sociais. As questões levantadas nas narrativas mostram um cenário preocupante que coloca em risco o acesso aos direitos e o princípio da integralidade, especialmente das pessoas idosas pela conjuntura do envelhecimento populacional, o qual vêm emergindo novas demandas sociais e de saúde. Verifica-se que são muitas as contradições no cotidiano que dificultam colocar a intersetorialidade em prática, principalmente em relação as estruturas necessárias para o atendimento do que já está preconizado nas leis e normativas, sendo possível observar uma dificuldade maior da Política de Assistência Social.

Em suma, entende-se que a compreensão dos gestores sobre a política pública em que atuam, e sobre o seu papel, é fundamental para essa nova forma de gerir as políticas pautado na troca de saberes e práticas, de modo a enxergar a pessoa idosa como sujeito de direitos, na sua integralidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória permitiu a análise das Políticas Públicas direcionadas à promoção da saúde e da assistência social à população idosa de Alfenas/MG, a partir da compreensão dos profissionais de Serviço Social e Gestores locais, através da perspectiva da intersetorialidade.

O envelhecimento populacional é uma conquista social, porém carrega muitos desafios para as políticas públicas. Os problemas sociais que emergem na contemporaneidade são complexos, exigindo uma nova forma de enfrentá-los, não suportando uma atuação fragmentada e setorializada. Sendo assim, a intersetorialidade emerge como uma estratégia da gestão que pauta no olhar sobre a totalidade das manifestações da questão social.

Avalia-se que a compreensão sobre a prioridade no atendimento à pessoa idosa se traduz, em parte, a forma como vêm sendo conduzidas as políticas públicas no município, sobretudo no que concerne a elaboração e execução das políticas já em andamento.

Constituem fatores que facilitam o atendimento à pessoa idosa no município, questões relacionadas à acessibilidade, ao diálogo com o legislativo, bem como as contribuições das universidades com a pesquisa científica, sobretudo na área da saúde. No que concerne aos aspectos dificultadores, os participantes do estudo destacaram questões como a precarização do trabalho; a ausência de interação da rede de serviços e carência equipamentos voltados para o atendimento da pessoa idosa. Além disso, mencionaram a rotatividade de profissionais, resultado da escassez de concursos públicos, a limitação de recursos financeiros e carência de apoio da gestão.

A informalidade nos encaminhamentos dos casos, a falta de profissionais para o atendimento das demandas e a fragmentação das ações, constituem como aspectos que traduzem uma fragilidade na articulação e comunicação das políticas públicas de atendimento à pessoa idosa, segundo a análise dos participantes da pesquisa.

No que diz respeito aos limites, potencialidades e lacunas da intersetorialidade no atendimento à população idosa, as narrativas revelaram que as limitações e lacunas estão alinhadas com as dificuldades mencionadas pelos entrevistados. Além disso, a falta de conhecimento sobre as especificidades do grupo etário, bem como o

interesse da gestão, contribui para o distanciamento entre as diretrizes estabelecidas pelo SUS e pelo SUAS, e a realidade prática.

Observou-se que houve avanços em nível nacional nas normativas da Política de Saúde e Política de Assistência Social, especialmente no que diz respeito ao reconhecimento da importância da intersetorialidade nas políticas públicas. No entanto, sua implementação prática enfrenta desafios significativos. Sendo assim, considera-se fundamental a promoção de estudos teóricos e empíricos que aprofundem a discussão em torno da temática.

Os resultados da pesquisa indicam que o estudo proporcionou aos profissionais de serviço social e gestores uma oportunidade de refletir sobre as políticas públicas já implementadas no município voltadas para a pessoa idosa, de modo a repensarem sobre a própria atuação, sobre como a intersetorialidade pode contribuir na condução das políticas públicas e os caminhos possíveis para se alcançá-la de modo eficiente e articulado.

Considera-se fundamental sensibilizar os gestores da Saúde e da Assistência Social sobre a necessidade de realizar um diagnóstico que identifique as principais demandas apresentadas pelo grupo etário. Com base nesse diagnóstico, espera-se criar políticas públicas específicas para a pessoa idosa, a partir de um trabalho colaborativo, reconhecendo que tal iniciativa beneficiará não apenas a população idosa, mas para toda a sociedade. Além disso, é essencial fomentar um diálogo entre os diversos atores sociais sobre a intersetorialidade e as consequências da fragmentação e setorialização das políticas públicas.

Para a pesquisadora, este estudo apresentou uma proposta adequada, uma vez que todos os objetivos da pesquisa que se propôs foram cumpridos. O estudo qualitativo com a utilização da técnica da entrevista semi-estruturada e do questionário possibilitou a compreensão aprofundada da realidade enfrentada por profissionais de serviço social e gestores no atendimento à população no município. As reflexões geradas pelas questões abordadas nas entrevistas despertaram nos entrevistados a necessidade de expandir o debate sobre as políticas direcionadas à pessoa idosa, especialmente em relação à intersetorialidade.

Este estudo enfrentou algumas limitações, incluindo o tempo restrito para o seu desenvolvimento e a resistência de alguns profissionais e gestores em participar. A coleta ocorreu em meados do ano de 2024, um ano marcado por eleições locais, o que pode ter impactado a recusa de alguns Assistentes Sociais e Gestores em

colaborar, mesmo após explicação de que se tratava de uma pesquisa puramente científica.

REFERÊNCIAS

AGOPYAN, V; ARBIX, G. A Universidade como fonte confiável para a formulação e aperfeiçoamento de políticas públicas. **Revista Estudos Avançados**, [s. l.], v. 36, n. 104, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/PJqxNyWnkmdbHwTChBSgcGw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2025.

AGUIAR, J; SOUZA, L. E. Ressarcimento ao SUS: uma análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde por portadores de planos de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 86-100, jul. 2018.

AITH, F. M. A. Marcos legais da Promoção da Saúde no Brasil. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 92, n.2, p.148-154, 2013.

AKERMAN, M; SÁ, R. F; MOYSES, S; REZENDE, R; ROCHA, D. Intersetorialidade? intersectorialidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LnRqYzQZ63Hr5G4Hb7WPQLD/>. Acesso em: 02 fev. 2025.

AVILA, G. S; CAVALCANTE, R. B; GONTIJO, T. L; CARBOGIM, F. C; BRITO, M. J. M. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. **Revista Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 27, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.79641https://www.scielo.br/j/cef/a/HDNgYCbWhC SvWNdsHkrRjHq/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 27 fev. 2025.

BAGRICHEVSKY, M. Pelas lentes do sus: notas sobre desafios e avanços da promoção da saúde na atenção primária. **Revista Pensar a Prática**, [s. l.], v.24, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fef/article/view/66137/36533>. Acesso em: 27 fev. de 2025.

BARBOZA, N. A. S; REGO, T. D. M; BARROS, T. M. R. R. P. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.6, n.11, p.84966-84985, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19348/15529>. Acesso em: 27 fev. 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BELLESA, M. O centenário de Edgar Morin, o humanista que articula saberes. **Institutos de Estudos Avançados de São Paulo**, São Paulo, 8 jul. 2021. Disponível em: <https://www.iea.usp.br/noticias/edgar-morin-100-anos#:~:text=Homenagem%20do%20IEA%20aos%20100,%22%2C%20em%20novembro%20de%201993>. Acesso em: 02 abr. 2025.

BEHRING, E. R. BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. [S. l.: s. n.], 2006. (Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2).

BERZINS, M. A. V. S; GIACOMIN, K. C; CAMARANO, A. A. A assistência social na política nacional do idoso. *In*: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 107-1033. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9083/1/A%20Assist%C3%Aancia%20social.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2025.

BICHIR, R.; OLIVEIRA, M. C.; CANATO, P. Para além da transferência de renda? Limites e possibilidades na articulação intersetorial de políticas sociais. **Revista Cadernos de Estudos - Desenvolvimento Social em Debate**, Brasília, DF, n. 26, 2016. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudos%2026.pdf#page=82>. Acesso em: 24 fev. 2025.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Rev. Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, [s. l.], v. 2, n.1, p. 68-80, jul. 2005.

BRAGA, S. F. M.; GUIMARAES, L. V. M.; SILVEIRA, R. B. As políticas públicas para os idosos no Brasil: a cidadania no envelhecimento. *In*: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA, Salvador, 2008. Salvador: ANPAD, 2008. Disponível em: https://arquivo.anpad.org.br/abrir_pdf.php?e=OTk5Mg==. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRANQUINHO, E. S.; SILVA, E. A (Re)estruturação das cidades médias do Sul de Minas Gerais: uma análise morfofuncional comparativa de Alfenas e Poços de Caldas. **Caderno de Geografia**, [s. l.], v. 31, n. 2 esp., 2021.

BRASIL, F. G.; CAPELLA, A. C. N. Os estudos das políticas públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. **Revista Política Hoje**, [s. l.], v. 25, n.1, p. 71-90, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/politica hoje/article/view/3710/3012>. Acesso em: 27 fev. 2025

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Lei Orgânica da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 dez. 1993 Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jan.1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 out. 1996.

BRASIL. Lei nº 10.098 de 19 dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 dez. 2000.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Lei 10.048 de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jan. 2000.

BRASIL. Lei 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores no setor. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 fev. 2004. seção I, p. 37.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução nº 145**, de 15 de outubro de 2004. Institui a Política Nacional de Assistência Social. Brasília, DF, 28 out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, 19 de outubro de em 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional, de Assistência Social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS**. Brasília, DF, dez. 2006b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a “Tipificação Nacional de Serviço Socioassistenciais”. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 nov. 2009a. Seção I. p. 82. Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. 1. ed. Brasília, DF: : Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cadernos/orientacoes_cras.pdf. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção I, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 16 jan. 2012a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Assistência Social. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. **Orientações técnicas sobre o PAIF**: trabalho social com famílias do serviço de Proteção Integral à Família. 1. ed. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf . Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012d. Reunião Ordinária 240 de 11 e 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 30., 2014, Brasília, DF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.p df. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**: revisão da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação de Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017b. ed. 183, seção 1, p. 68. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 27 fev. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2**, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF, 2018b.

BRASIL. Decreto nº 9.921 de 18 de julho de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 jul. 2019. Seção I. nº 138. p. 6-9. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=19/07/2019&jornal=515&pagina=6&totalArquivos=261>. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2020/2021**: uma análise da situação de saúde diante da pandemia de covid-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: file:///C:/Users/SIMONE%20ROCHA/Downloads/Sa%C3%BAde%20Brasil%202020-2021_Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20sa%C3%BAde%20diante%20da%20covid-19.pdf. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.423 de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 2022b. seção I, p. 1.

BRASIL. Lei Complementar 200, de 30 de agosto de 2023. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar condições adequadas ao crescimento socioeconômico, com fundamento no art. 6º da Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022, e no inciso VIII do caput e no parágrafo único do art. 163 da Constituição Federal; e altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 ago. 2023a. seção I. p.1.

BRASIL. Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Programa Envelhecer nos Territórios**. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2023b. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa>. Acesso em: 02 fev. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. Portaria 561, de 04 de setembro de 2023. Institui o Programa Envelhecer nos Territórios. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 set. 2023c. seção I, p. 33. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/portarias/portaria-no-561-de-4-de-setembro-de-2023#:~:text=Institui%20o%20Programa%20Envelhecer%20nos,que%20lhe%20confere%20o%20art>

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. Portaria 627, de 02 de outubro de 2023. Institui o Programa Viva Mais Cidadania. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2023d. seção I. ed. 189. p. 18. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/portarias/portaria-no-627-de-2-de-outubro-de-2023#:~:text=Institui%20o%20Programa%20Viva%20Mais,%2C%20econ%C3%B4mica%2C%20territorial%2C%20cultural%20e>. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRAUNERT, M. B.; BERNARDO, K. A. S.; BRIDI, M. A. C. Impactos da reforma administrativa sobre as formas de contratação e a estabilidade no setor público. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 26, n. 84, p.01-19, 2021. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/cgpc/article/view/83056/79449>. Acesso em: 24 fev. 2025.

CAMACHO, A. C. L. F.; CALDAS, C. P.; MENEZES, H. F.; ALVES, M. E. A.; MONTEIRO, P. P. Denúncias de violência ao idoso no período de 2020 a 2023 na perspectiva da bioética. **Revista Caribeña de Ciências Sociais**, Miami, v.13, n.3, p.01-19, 2024. Disponível em: <https://revistacaribena.com/ojs/index.php/rccs/article/view/3780/2767>. Acesso em: 27 fev. 2025.

CAMARANO, A. A; MELLO, J. L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. *In*: CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na Agenda das Políticas Públicas. *In*: CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMARGO, M. A. B. C. A. Relações e condições de trabalho do assistente social na atualidade: a proletarização da profissão. **Revista Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 142, p. 488-507, set./dez. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/jg4F8Xsmf8m3nFhFwfW493n/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 02 fev. 2025.

CARMO, R. L.; CAMARGO, K. Dinâmica demográfica brasileira recente: padrões regionais de diferenciação. *In*: **Desenvolvimento regional no Brasil**: políticas, estratégias e perspectivas. Rio de Janeiro: Ipea, 2020. cap. 1.

CARVALHO, M. C. B. Gestão social: uma questão ainda em debate no século XXI.

In: **GESTÃO Social**: mobilizações e conexões. São Paulo: LCTE, 2012. (Coleção Enapegs, 6). Disponível em: <https://www5.pucsp.br/cedepe/download/enapeg13-18-012-13.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2025.

CAVALCANTI, P. B.; CARVALHO, R. N.; MIRANDA, A. P. R. S.; MEDEIROS, K. T.; DANTAS, A. C. S. A intersetorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 39, p. 192-215, jul./dez. 2013.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n39/n39a09.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2025.

CHIARELLI, T. M; BATISTONI, S. S. T. Trajetória das políticas públicas brasileiras para pessoas idosas frente a década do envelhecimento saudável (2021-2030).

Revista kairós – Gerontologia, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 93-114, 2022. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/55685/40144>. Acesso em: 27 fev. 2025.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L.; KLEBA, M. E.; MATIELLO, A.; RENK, E. C. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev. Katál**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, jul./dez. 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/SqFHQvMyVNjYf4bB4yYWW8t/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 02 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Assistentes Sociais no Brasil**: elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília, DF: CFESS, 2005.

Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/perfilas_edicaovirtual2006.pdf.

Acesso em: 07 jan. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Perfil de Assistentes Sociais no Brasil**: formação, condições de trabalho e exercício profissional. Brasília, DF: CFESS, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>.

Acesso em: 07 jan. 2025.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridades e equipes de saúde: concepções. **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 107-124, 2007. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a08.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2025.

COUTO, B. R.; YAZBEK, M. C.; RAICHELIS, R. A Política Nacional de Assistência Social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. *In: O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

DANTAS, J. G. S. A Assistência social no Brasil: da benemerência ao direito. **Socializando**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 105-113, 2016. Disponível em: https://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2016/07/Socializando_2016_9.pdf. Acesso em: 27 fev. 2025.

DEBERT, G. G. (org.). **Antropologia e velhice**. 2. ed. Campinas, SP: Unicamp, 1998. (Textos Didáticos, 13). Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/publicacoes/pf-publicacoes/td-13.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2025.

DUARTE, C. A. B.; MOREIRA, L. E. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 149-170, 2016.

DUARTE, Y. A. O.; BERZINS, M. A. V. S.; GIACOMIN, K. C. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. *In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (org.). Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>. Acesso em: 2 fev. 2025.

ESCORSIM; S. M. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 142, p. 427-446, set./dez. 2021.

FAGUNDES, M. L. C. C. **Programa Maior Cuidado: uma avaliação do programa feito pelos idosos e familiares atendidos do território do CRAS Califórnia**. 2019. 42 f. Monografia (Especialização em Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em Áreas Urbanas) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/33131/1/Monografia%20P%C3%93S%20Mar%C3%ADlia.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2025.

FAUSTINO, T. Q. S. Assistência social e intersetorialidade: conteúdos para um debate. *In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS: o desenvolvimento da crise capitalista e atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a exploração*, 6., 2013. São Luiz, MA, 2013.

FRAGOSO, A. D. S.; SILVEIRA, D. R. O.; XIMENES, R. P. Ações em saúde. *In: MATOS, M. C.; BERNARDO, M. H. J.; VELOSO, R.; OLIVEIRA, D. L.; SOUZA, R. O.*

(org). **Dicionário crítico de serviço social na saúde**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024.

FREITAS, M. A. S.; ARAUJO, M. R. N. As redes de atenção à saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. **Rev. Bras. Polít. Públicas**, v. 8, n. 3, p.15-33. Brasília, 2018.

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. (Textos para discussão, 91). Disponível em: https://homologacao-saudeamanha.iciict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/12/Giacomin_KC_Envelhecimento-da-populacao-brasileira_TD_91_final.pdf. Acesso em: 27 fev. 2025.

GOLDMAN, S. N. As dimensões culturais, sociais e políticas do envelhecimento. *In*: ALVES JUNIOR, E. D. (org.). **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009. cap. 2.

GUIMARÃES JÚNIOR, E. S.; PORTUGAL JÚNIOR, P. S.; SILVA, S. W.; MOREIRA, A. M.; PIURCOSKY, F. P. Caracterização da gestão de pessoas na administração pública de municípios do sul do estado de Minas Gerais. **Entrepreneurship**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 19-33, 2019. Disponível em: <https://sustenere.inf.br/index.php/entrepreneurship/article/view/CBPC2595-4318.2019.002.0003/1762> Acesso em: 02 fev. 2025.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, [s. l.], n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos. Acesso em: 27 fev. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. **Agência IBGE Notícia**, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 27 fev. 2025.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão da saúde: descentralização e intersetorialidade. **Revista Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 31-46, nov./dez. 1997. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/1997.v6n2/31-46/pt>. Acesso em: 02 fev. 2025.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6346/4931>. Acesso em: 02 fev. 2025.

JUNQUEIRA, V.; CASTRO, I. E. N. As normas operacionais e a construção do SUS. **Boletim do Instituto de Saúde (BIS)**, São Paulo, n. 28, p. 21-22, 2002. Disponível em: [file:///C:/Users/SIMONE%20ROCHA/Downloads/38230-Texto%20do%20artigo-8967-40849-10-20220909%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/SIMONE%20ROCHA/Downloads/38230-Texto%20do%20artigo-8967-40849-10-20220909%20(3).pdf). Acesso em: 27 fev. 2025.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersectorialidade e rede na gestão da cidade. **O&S**, [s. l.], v. 11. n. esp., p. 129-139, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/5z8Cktz8WQmTG95qcGDChrw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2025.

KREUS, G.; FRANCO, M. H. P. Reflexões acerca do envelhecimento, problemáticas, e cuidados com as pessoas idosas. **Revista Kairós - Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 117-133, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/2176-901X.2017v20i2p117-133/23432>. Acesso em: 27 fev. 2025.

LACERDA, L. E. P. Exercício profissional do assistente social: da imediaticidade às possibilidades históricas. **Revista Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 22-44, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/fzRhbg3nNXppSby5K4k4Xjh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2025

LEITE, M. E; OTONNI, M. A. M. Análise espacial e acessibilidade dos idosos nos Centros de Referência de Assistência Social em um município de Minas Gerais. **O Social em Questão**, [s. l.], v. 20, n. 38, p. 269-288, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5522/552256732026/552256732026.pdf>. Acesso em: 02 de fev. 2025.

LONDE, P. R; MENDES, P, C. A influência de áreas verdes na qualidade de vida urbana. **Hygeia**, [s. l.], v. 10, n. 18, p. 264 - 272, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/SIMONE%20ROCHA/Downloads/admin,+A+INFLU%C3%8ANCIA+DAS+%C3%83_REAS+VERDES+NA+QUALIDADE+DE+VIDA+URBANA.pdf. Acesso em: 27 fev. 2025.

MAGALHAES JUNIOR, H. V. Redes de atenção à saúde: rumo a integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, [s. l.], v. 52, p. 15-37, out. 2014.

MALTA, D. C; SANTOS, M. A. S; STOPA, S. R; VIEIRA, J. E. B. MELO, E. A; REIS, A. A. C. A cobertura da estratégia de saúde da família (ESF) no Brasil, segundo pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/y3vTNkgw5FkM5nkqQchQzjh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2025.

MARTINS, M. S; MASSAROLLO, M. C. K. B. Conhecimento de idosos sobre os seus direitos. **Revista Acta Paul Enfermagem**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 479-485, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/zcFhdtwbTYBZQsfYFQyx7FL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2025.

MATTOS, P. L. C. L. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 823-847, jul./ago. 2005.

MEDEIROS, F. C. N. A intervenção do serviço social direcionada aos idosos: particularidades e desafios. **O Social em Questão online**, [s. l.], v. 23, n. 48, p. 363-384, 2020.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço social e saúde: desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/admin,+8%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/admin,+8%20(2).pdf). Acesso em: 27 fev. 2025.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C. G; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2025.

MONNERAT, G. L; SOUZA, R. G. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Pesquisa teórica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/CfXpmXYLxHNyTnbKfw5HfDH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2025.

MORIN, E. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MORIN, E.; NICOLESCU, B.; FREITAS, L. **Carta da transdisciplinaridade**. In: CONGRESSO MUNDIAL DA TRANSDISCIPLINARIDADE, 1., 1994, Porto. Porto: Convento da Arrábida, 1994.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/TDCqtLhvDvRnRmDXhtTBHZK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2025.

NEGRI, B (org.). **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf. Acesso em: 27 fev. 2025.

NEGRI, F. L.; BIASI, A. S. H. O processo de formação profissional e a intersetorialidade das políticas sociais. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 1., 2015, Florianópolis. Florianópolis: UFSC, 2015. Disponível em: https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_148.pdf. Acesso em: 27 fev. 2025.

NOGUEIRA, M. A. **Em defesa da política**. 2. ed. São Paulo: Senac, 2001. Disponível em: <https://garapuvu.files.wordpress.com/2021/04/em-defesa-da-politica.pdf>. Acesso em 27 fev. 2025.

OLIVEIRA, I. M. **Assistência social pós – LOAS em Natal**: a trajetória de uma política social entre o direito e a cultura do atraso. 2005. 306 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, 2005. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17548/1/Assistencia%20Social%20Pos%20LOAS%20em%20Natal.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Assembleia geral da ONU declara 2021 – 2030 como década do envelhecimento saudável**. Genebra: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS declara fim da emergência de saúde pública de importância internacional referente à COVID-19**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 27 de fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório estatísticas mundiais de saúde 2024**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários**. Alma-Ata: Organização Mundial de Saúde, 1978.

PADUA, E. M. M. Análise de conteúdo, análise do discurso: questões teórico-metodológicas. **Revista Educação PUC Campinas**, Campinas, n. 13, p. 21-30, nov. 2002.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Coleção de Temas em Saúde).

PEREIRA, P. A. P. **Política de assistência social para a pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2006. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/52454636/OLITICA_DE_ASSISTENCIA_SOCIAL_PARA_A_PESSOA_IDOSA_1-libre.pdf?1491254915=&response-content-

[disposition=inline%3B+filename%3DPOLITICA_DE_ASSISTENCIA_SOCIAL_PARA_A_PE.pdf&Expires=1745611535&Signature=Fzb9F35wvCRSDkgFQn35meKnOoQESVuUsTOKQIYmf4vvCi~lgFcdmUE4fFVlrR2PTNHBmDaLpNBd0dtZrKn6eBf2qvzgvf5K-uEEB2Y5443ySJSXSV-UOxQekNfIUtBKuLD4gXZCtldJF1BktuQuqP4TbI4c-1h3v89RLSL7ofhjMefceN9IjCNnS3p0Anj3DIE2nLJmr1iRy85aRb30uqQZs6UmQy6LziiLOgQkJw9UaRbiWfNTSC-rbe~zGC9dxm4b~CGamg~JuwPG93gbjRpgVQhq23i7HNSKq2j4vg9aC0e18cSKKOWrDJNUByziYu240NpaYKQE6R5vPJyEIA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.scielo.org/pe/pdf/3B+filename%3DPOLITICA_DE_ASSISTENCIA_SOCIAL_PARA_A_PE.pdf&Expires=1745611535&Signature=Fzb9F35wvCRSDkgFQn35meKnOoQESVuUsTOKQIYmf4vvCi~lgFcdmUE4fFVlrR2PTNHBmDaLpNBd0dtZrKn6eBf2qvzgvf5K-uEEB2Y5443ySJSXSV-UOxQekNfIUtBKuLD4gXZCtldJF1BktuQuqP4TbI4c-1h3v89RLSL7ofhjMefceN9IjCNnS3p0Anj3DIE2nLJmr1iRy85aRb30uqQZs6UmQy6LziiLOgQkJw9UaRbiWfNTSC-rbe~zGC9dxm4b~CGamg~JuwPG93gbjRpgVQhq23i7HNSKq2j4vg9aC0e18cSKKOWrDJNUByziYu240NpaYKQE6R5vPJyEIA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA). Acesso em: 27 fev. 2025.

PIANA, M. C. O serviço social na contemporaneidade: demandas e respostas. *In: A construção do perfil do assistente social no cenário educacional*. São Paulo: UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>. Acesso em: 27 de fev. 2025.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; DOMINGOS, C. M.; BONFIM, M. C. B. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 130-137, jul. 2016. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/377/21>. Acesso em: 27 fev. 2025.

PIRES, R. R. C. Intersetorialidade, arranjos institucionais e instrumentos da ação pública. *In: Intersetorialidade nas políticas sociais: perspectivas a partir do programa bolsa família. Cadernos de Estudos - Desenvolvimento Social em Debate*, n. 26, Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2016. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudos%2026.pdf#page=82>. Acesso em: 24 fev. 2025.

PRADO, N. M. B. L.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. A.; SANTOS, H. L. P. C.; MEDINA, M. G. Revisitando definições e naturezas da intersetorialidade: um ensaio teórico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 593-602, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BcgPsrHzCP7SnTgqxcTBSWw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2025.

QUEIROZ, Z. P. V.; RUIZ, C. R.; FERREIRA, V. M. Reflexões sobre o envelhecimento humano e o futuro: questões de ética, comunicação e educação. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 21-37, 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2778/1813>. Acesso em: 27 fev. 2025.

RIBEIRO, P. R. R. As fronteiras mal demarcadas do público e do privado no Brasil: a prática do nepotismo na administração pública brasileira. **Outros Tempos**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 74-93, 2004. Disponível em: https://outrostempos.uema.br/index.php/outros_tempos_uema/article/view/373. Acesso em: 27 fev. 2025.

ROCHA, J. A. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. **Revista Farol**, [s. l.], v. 6, n. 6, p. 77-89, jan. 2018. Disponível em: <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/113/112>. Acesso em: 24 fev. 2025.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. P.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 6, p. 801-808, 2008.

SANTOS, I. F.; GABRIEL, M.; MELLO, T. R. C. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação**, [s. l.], v. 7, n. 5, p. 381-391, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/SIMONE%20ROCHA/Downloads/2964-Texto%20do%20artigo-9092-1-10-20200331.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2025.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 59-75, 2010. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/337/295>. Acesso em: 27 fev. 2025.

SHIMBO, A. Y.; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, [s. l.], v.15, n. 3, p. 506-510, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/z9R3gR7p9YFxFxJcXqfzPcDvv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2025.

SILVA, F. F. **A institucionalidade da política fiscal no Brasil**: o debate em torno da Lei de Responsabilidade Fiscal e da Emenda Constitucional do Teto dos Gastos. 2022. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2022.

SOARES, F. V.; GREVE, P.; SENDÍN, F. A.; BENZE, B. G.; CASTRO, A. P. D.; REBELATTO, J. R. Relação entre alterações climáticas e fatores determinantes da mortalidade de idosos no município de São Carlos (SP) em um período de dez anos. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 135-146, 2012.

SOUZA, R. G.; MONNERAT, G. L. Intersetorialidade: velhos e novos desafios em um contexto de regressão da proteção social. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 17., 2022. Rio de Janeiro: ABEPSS, 2022.

SOUZA, V. R.S.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; NASCIMENTO, P.L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enfermagem**, [s. l.], v. 34, Eape02631, mar. 2021.

SUANNO, M. V. R. Para além dos territórios disciplinares: transdisciplinaridade como princípio-estratégia de reorganização do conhecimento. **Debates em Educação**, [s. l.], v. 14, n. 36, p. 270-280, 2022.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. 2011. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/enco>

[ntro internacional saude/documentos/textos referencia/07 principios sistema unico saude.pdf](#). Acesso em: 27 fev. 2025.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento na agenda pública brasileira**. 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/233143458.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2025.

TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. **Revista Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], n. 137, p. 135-154, abr. 2020.

TORRENS, A. C. Poder legislativo e políticas públicas: uma abordagem preliminar. **Revista de Informação Legislativa**, [s. l.], v. 50, n. 197, jan./ mar. 2013. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/50/197/ril_v50_n197_p189.pdf. Acesso em: 27 fev. 2025.

TORRES, K. R. B. O.; CAMPOS, M. R.; LUZIA, V. L.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do sistema único de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 30, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K>. Acesso em: 27 fev. 2025.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018.

VIEIRA, A. C. Clientelismo e serviços de saúde. **Revista de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 9–40, jul. 2015. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3724>. Acesso em: 27 fev. 2025.

VIEIRA, R. S.; VIEIRA, R. S. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 14-37, mar./ jun. 2015.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; PAZ, R. D. O. Intersectorialidade nas Políticas Públicas. **Rev. Serviço Social e Sociedade**, [s. l.], n. 137, p. 7-13, jan./ abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/DPfFVvJzjDFYSzB9NWWHv7z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2025.

YAZBEK, M. C. Estado e políticas sociais. **Revista Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 72-95, 2008.

APÊNDICE A - Questionário a ser aplicado a todos os participantes da pesquisa

- 1) Política Pública: () Assistência Social () Saúde
- 2) Nome do Serviço*: _____
- 3) Sexo: () Masculino () Feminino
- 4) Faixa etária () 18 a 25 () 26 a 35 () 36 a 45 () acima de 45
- 5) Cargo Ocupado: () Assistente Social () Gestor
- 6) Se você respondeu Gestor, qual o grau de escolaridade? () Ensino Fundamental () Médio Completo () Ensino Médio Incompleto () Superior Completo () Superior Incompleto () Curso Técnico. Se você respondeu técnico ou superior, qual área de formação:

- 7) Se você é Gestor e possui curso superior, qual o nível de escolaridade: () Graduação () Pós Graduação
- 8) Se você possui Pós Graduação:
() Especialização () Mestrado () Doutorado
- 9) Tempo de Formação (Graduação):
() Menos de 02 anos () Entre 03 e 05 anos () Entre 06 e 10 anos () Acima de 10 anos
- 10) Vínculo Laboral *: () Concursado () Contratado
- 11) Há quanto tempo atua no referido serviço? *
() Menos de 02 anos () Entre 03 e 05 anos () Entre 06 e 10 anos () Acima de 10 anos
- 12) Há quanto tempo atua no atendimento à pessoa idosa?
() Menos de 02 anos () Entre 03 e 05 anos () Entre 06 e 10 anos
() Acima de 10 anos

Nota: *Na coleta de dados em formato virtual, esta pergunta será desconsiderada.

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista com os Assistentes Sociais atuantes nas Políticas de Saúde e de Assistência Social

- 1) Conte como é a experiência como assistente social do serviço _____ no atendimento à pessoa idosa, de que forma é organizado o trabalho, as ações e a definição de prioridades das demandas?
- 2) Em relação a implementação da política pública o qual atua, quais seriam os aspectos facilitadores e dificultadores no atendimento à população idosa?
- 3) Para você, o que é Intersetorialidade?
- 4) Como você compreende a intersetorialidade no enfrentamento dos problemas sociais na sociedade?
- 5) Como você percebe a intersetorialidade no município no atendimento à população idosa?
- 6) Na sua experiência, quais são os limites, potencialidades e lacunas para o trabalho intersetorial no atendimento à população idosa no município?
- 7) De que forma você percebe a articulação e a comunicação entre setores que atendem à pessoa idosa?
- 8) Como você vê a sua atuação na implementação da política pública de atendimento à pessoa idosa o qual atua, no que concerne a intersetorialidade?
- 9) Para você, quais os limites, possibilidades e desafios para se alcançar uma intersetorialidade eficiente e articulada voltada para esse público?

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista com os Gestores atuantes nas Políticas de Saúde e Assistência Social

- 1) Conte como é a experiência como Gestor do serviço _____ no atendimento à pessoa idosa?

- 2) Na sua experiência, em relação a elaboração e implementação de Políticas Públicas direcionadas à pessoa idosa no município, quais seriam os aspectos facilitadores e dificultadores?

- 3) Para você, o que é Intersetorialidade?

- 4) Como você compreende a intersetorialidade no enfrentamento dos problemas sociais na sociedade?

- 5) Como você percebe a intersetorialidade no contexto das Políticas Públicas direcionadas à pessoa idosa no município?

- 6) Na sua experiência, quais são os limites, potencialidades e lacunas para o trabalho intersetorial no atendimento à população idosa no município?

- 7) De que forma você percebe a articulação e a comunicação entre setores que atendem à pessoa idosa no município?

- 8) Como você vê a sua atuação na elaboração e implementação de política pública direcionada à pessoa idosa, no que concerne a intersetorialidade no município?

- 9) Para você, quais os limites, possibilidades e desafios para se alcançar uma intersetorialidade eficiente e articulada voltada para esse público?

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Coleta de dados em formato presencial



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE -Participante da Pesquisa-

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Políticas Públicas Intersetoriais direcionada à pessoa idosa:
 Contexto das Políticas de Saúde e de Assistência Social do município de Alfenas

Pesquisador(a) responsável: Simone de Fátima Soares da Rocha

Pesquisador(es) participante(s): Orientador Prof. Dr. Fernando Batista Pereira

Nome do participante: _____

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa *“Políticas Públicas Intersetoriais direcionada à pessoa idosa: Contexto das Políticas de Saúde e de Assistência Social do município de Alfenas -MG, de responsabilidade da pesquisadora Simone de Fátima Soares da Rocha. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra a pesquisadora responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.*

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar, ao final desse documento, se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa.

1. As questões sociais que emergiram nos últimos anos e a complexidade dos problemas sociais que se apresentam na atualidade, bem como as novas demandas sociais e de saúde que são também oriundas das alterações no perfil demográfico brasileiro, incitam a uma reflexão acerca das políticas públicas direcionadas à pessoa idosa e suas interfaces com a intersetorialidade. Neste sentido, esta pesquisa tem por objetivo *“analisar os aspectos facilitadores e dificultadores que se apresentam no cotidiano da prática dos assistentes sociais e gestores das Políticas de Saúde e de Assistência Social, atuantes em Alfenas, município de porte médio, situado na região sul de Minas Gerais, no processo de implementação de políticas públicas direcionadas à população idosa e suas interfaces com a intersetorialidade.*

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário e a uma entrevista com questões elaboradas a partir de desdobramentos e objetivos da pesquisa. A entrevista e o questionário serão aplicados em local indicado pela instituição que está vinculado, desde que este resguarde a privacidade de todos os envolvidos na pesquisa. Caso a instituição tenha alguma dificuldade em disponibilizar o espaço, a pesquisadora poderá verificar junto a Unifal – campus Alfenas, uma sala que atenda as necessidades para realização da coleta dos dados. A aplicação do questionário e a entrevista será

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 1 de 3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153



conduzida pela pesquisadora Simone de Fátima Soares da Rocha e terá duração aproximadamente de 1h30min. O registro da entrevista semi estruturada será feito por meio de dois gravadores digitais que serão transcritos na íntegra.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de constrangimento, invasão da privacidade, desconforto, medo e vergonha ao expressar sua opinião durante a entrevista. Como medida minimizadoras serão garantidos o sigilo das suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos; ambiente privativo com abordagem humanizadora; confidencialidade e proteção da imagem; liberdade de recusar a ingressar ou participar deste estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores e que somente após ter dado o seu consentimento o questionário e a entrevista serão aplicados. Serão garantidas explicações necessárias para responder às questões.

Considera-se que o risco deste estudo é mínimo, pois não se realizará intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam do estudo.

4. Ao participar dessa pesquisa você contribuirá no âmbito acadêmico ao ampliar os diálogos acerca das políticas públicas intersetoriais, constituindo-se em estudo reflexivo e crítico sobre limites, desafios e potencialidades. No âmbito profissional, colaborará com a discussão acerca da construção de políticas públicas a partir de novos arranjos institucionais para o enfrentamento de problemas sociais complexos. Ademais, contribuirá para resolução de problemáticas que a sociedade enfrenta. Entende-se que será oportuno os participantes da pesquisa apontarem as fragilidades e potencialidades e expressarem a realidade do seu contexto.

5. Sua participação neste projeto terá a duração de 01h30min, que consiste em 01 encontro, previamente agendado.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo os questionário e a entrevista totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado(a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito a buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito à assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo pesquisador responsável pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 2 de 3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153



10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação. Sendo assim, considerando que a pesquisa precisará de gravação de som de voz, torna-se necessário a autorização. Sendo assim:

AUTORIZO () / NÃO AUTORIZO () a coleta e divulgação de som de voz para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar a pesquisadora *Simone de Fátima Soares da Rocha*, no seguinte telefone 35 99879-4910 ou email simone.rocha@sou.unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

Alfenas, ____ de _____ de 2024

.....
 (Assinatura do(a) participante da pesquisa)

.....
 (Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável / pesquisador(a) participante)

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 3 de 3

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Coleta de dados em formato virtual



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE -Participante da Pesquisa-

Prezado (a)!

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa "Políticas Públicas Intersetoriais direcionada à pessoa idosa: Contexto das Políticas de Saúde e de Assistência Social do município de Alfenas", de responsabilidade da pesquisadora Simone de Fátima Soares da Rocha, sob orientação do Professor Dr. Fernando Batista Pereira, em desenvolvimento pela Universidade Federal de Alfenas-MG. Antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

1. As questões sociais que emergiram nos últimos anos e a complexidade dos problemas sociais que se apresentam na atualidade, bem como as novas demandas sociais e de saúde que são também oriundas das alterações no perfil demográfico brasileiro, incitam a uma reflexão acerca das políticas públicas direcionadas à pessoa idosa e suas interfaces com a intersectorialidade. Neste sentido, esta pesquisa tem por objetivo *"analisar os aspectos facilitadores e dificultadores que se apresentam no cotidiano da prática dos assistentes sociais e gestores das Políticas de Saúde e de Assistência Social, atuantes em Alfenas, município de porte médio, situado na região sul de Minas Gerais, no processo de implementação de políticas públicas direcionadas à população idosa e suas interfaces com a intersectorialidade."*

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário pelo Google Forms e a uma entrevista pelo GoogleMeet com questões elaboradas a partir de desdobramentos e objetivos da pesquisa, através de links serão enviados posteriormente, caso concorde em participar do estudo. Nesta mensagem que será enviada [via whatsapp](#) constará informações acerca do agendamento e orientações quanto ao procedimento que será utilizado para coleta dos dados em ambiente virtual. Também será enviado em formato PDF, este documento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) gerado após responde-lo. O tempo aproximado para preenchimento do questionário pela plataforma Google Forms será de aproximadamente 10 minutos. No caso da entrevista, terá duração aproximada de 1h20min e será conduzida pela pesquisadora responsável Simone de Fátima Soares da Rocha. O registro das respostas do questionário se dará pelo Google Forms, e no caso da entrevista será utilizado recursos da própria plataforma GoogleMeet para gravação de som de voz, que serão posteriormente transcritos na íntegra.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de constrangimento, invasão da privacidade, desconforto, medo e vergonha ao expressar sua opinião durante a entrevista. Como medida minimizadora serão garantidos o sigilo das suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos;

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 1 de 3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
Fone: (35) 3701 9153



confidencialidade e proteção da imagem; liberdade de recusar a ingressar ou participar deste estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores e que somente após ter dado o seu consentimento o questionário e a entrevista serão aplicados. Serão garantidas explicações necessárias para responder às questões levantadas no estudo. Por tratar-se de coleta de dados em ambiente virtual, reconhecemos que a pesquisa está sujeita a riscos, como invasão dos dados. No entanto, a pesquisadora compromete-se a tomar todas as medidas cabíveis para evitar que ocorra qualquer violação ao ambiente virtual e aos dados decorrentes da pesquisa, como mantê-los em seu computador pessoal e não em arquivos em “nuvem”. Ressalta-se que os dados coletados não serão em hipótese alguma compartilhados com terceiros. No caso de aceite, recomenda-se que você participante guarde uma cópia deste termo e demais documentos da pesquisa em seu computador por meio de download. Recomenda-se que durante o processo de coleta dos dados (entrevista e questionário), você esteja em ambiente privativo e silencioso, de modo que seja possível assegurar o mínimo de interrupções, além de confiabilidade e segurança da rede de internet e dos equipamentos. A pesquisadora compromete-se a realizar testes para verificar o acesso a plataforma pelo participante e a conduzir a coleta de dados em ambiente privativo com abordagem humanizadora. Considera-se que o risco deste estudo é mínimo, pois não se realizará intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam do estudo.

4. Ao participar dessa pesquisa você contribuirá no âmbito acadêmico ao ampliar os diálogos acerca das políticas públicas intersetoriais, constituindo-se em estudo reflexivo e crítico sobre limites, desafios e potencialidades. No âmbito profissional, colaborará com a discussão acerca da construção de políticas públicas a partir de novos arranjos institucionais para o enfrentamento de problemas sociais complexos. Ademais, contribuirá para resolução de problemáticas que a sociedade enfrenta. Entende-se que será oportuno os participantes da pesquisa apontarem as fragilidades e potencialidades e expressarem a realidade do seu contexto.

5. Sua participação neste projeto terá a duração de aproximadamente 01h30min (questionário e entrevista) e consistirá em 01 encontro virtual, previamente agendado.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo os questionários e a entrevista totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado(a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito a buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito à assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo pesquisador responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Se desejar, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 2 de 3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153



o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação. Para tanto, é importante que esteja ciente que na etapa da entrevista, será necessário gravação de som de voz.

12. Você poderá consultar o(a) pesquisador(a) Simone de Fátima Soares da Rocha, no seguinte telefone 35 99879-4910 ou email simone.rocha@sou.unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, após leitura deste documento e ter tido a oportunidade de enviar mensagem via [Whatsapp](#) a pesquisadora responsável e esclarecer as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e, da garantia de confidencialidade.

Nome completo do participante: _____

Diante do exposto, e de espontanea vontade, minha decisão é:

() Sim, li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordo em participar, como voluntário (a) projeto de pesquisa acima descrito e autorizo a coleta e gravação de som de voz para o presente estudo.

() Eu não desejo participar do estudo.

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 3 de 3

APÊNDICE F – Critérios Consolidados para relatar uma pesquisa qualitativa
Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research - COREQ

Quadro 4 – Lista de verificação com base no COREQ (continua)

Nº do item	Tópico	Pergunta / Descrição Guia	Observações a partir do estudo realizado
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	As entrevistas foram conduzidas pela autora principal, Simone de Fátima Soares da Rocha, conforme identificação no Comitê de Ética em Pesquisa. Ver anexo A.
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	Mestranda do curso de Pós Graduação em Gestão Pública e Sociedade e bacharela em Serviço Social.
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	A pesquisadora principal era mestranda do Programa de Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas e atuava como Assistente Social na Atenção Primária à Saúde.
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	Feminino

Quadro 4 – Lista de verificação com base no COREQ (continuação)

5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	Sim. Formação em Serviço Social e experiência em pesquisa qualitativa com técnica de entrevista semiestruturada.
Relacionamento com os participantes			
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	A pesquisadora já conhecia parte dos participantes devido a atuação profissional no serviço de saúde.
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	Antes de iniciar a coleta dos dados, a pesquisadora se identificou, informou sobre os objetivos do estudo, aspectos éticos, confidencialidade e voluntariedade da participação. Ver página 79
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	A pesquisadora atua no atendimento à pessoa idosa, o que fez despertar o interesse pelo tema. Ciente da proximidade com o campo de estudo, adotou estratégias como forma de minimizar possíveis vieses na condução das entrevistas e interpretação dos dados.

Quadro 4 – Lista de verificação com base no COREQ (continuação)

Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	Trata-se de uma pesquisa, de caráter descritivo-exploratório, ancorado no conhecimento de intersectorialidade. A análise dos dados foi conduzida a partir da Análise de Conteúdo, conforme Bardin. Ver páginas 70-75
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	Amostragem. Ver página 74.
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	Por telefone. Ver página 72.

Quadro 4 – Lista de verificação com base no COREQ (continuação)

12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	22 aceitaram participar. Ver página 75.
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	08 se recusaram, 02 não foram localizados para o convite, 02 não responderam e 01 não atendia aos critérios de inclusão. Ver páginas 81, 83 e 86.
Cenário			
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	No caso das entrevistas presenciais, a coleta dos dados decorreu em espaço privativo cedido pela universidade. Em casos específicos, diante da indisponibilidade do participante, realizou-se a coleta em espaço privativo cedido pela instituição. No caso da entrevista virtual com participantes - sem associação institucional - o participante foi orientado a estar em ambiente privativo. Ver página 72.
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	Não.

Quadro 4 – Lista de verificação com base no COREQ (continuação)

16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	A coleta foi realizada de junho a setembro de 2024 em formato presencial com participantes vinculados a determinadas instituições e de setembro a dezembro de 2024 com participantes - mas sem associar com a questão institucional. Ver página 73.
Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	Sim. As entrevistas foram guiadas por perguntas norteadoras. Foram realizados pré-testes. Ver página 71, Apêndice B e C.
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	Não. Cada participante foi entrevistado uma única vez durante a coleta dos dados.
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	Sim. Foi utilizado gravador de voz. Ver página 80.
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	As notas foram realizadas após cada entrevista.

Quadro 4 – Lista de verificação com base no COREQ (continuação)

21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	Em média 20 a 30 minutos.
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	A coleta dos dados foi concluída com 22 participantes, quando se observou que os dados eram suficientes para responder aos objetivos da pesquisa.
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	As transcrições das entrevistas não foram devolvidas, tendo em vista a clareza das gravações, rigor na transcrição e confidencialidade dos dados. Buscou-se preservar fielmente as narrativas, respeitando o conteúdo e a intenção expressa pelos participantes.
Domínio 3: Análise e resultados			
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	A codificação dos dados foi realizada pela pesquisadora, com base na Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1977).
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	Sim. A árvore de codificação está descrita nas páginas 77-78.

Quadro 4 – Lista de verificação com base no COREQ (continuação)

26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	Os temas foram definidos previamente, com base na literatura e nos objetivos da pesquisa, orientando a coleta dos dados. Ver página 76.
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	A organização e análise dos dados foram realizadas manualmente, com base nas etapas da Análise de Conteúdo, segundo Bardin, 1977.
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	Optou-se por não realizar a validação externa dos achados, considerando os objetivos da pesquisa, o cronograma disponível e os procedimentos adotados para garantir fidelidade das interpretações.
Relatório			
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	Sim. Cada entrevistado recebeu um código identificador (AS01, AS02 ...; ASv01, ASv02 ...; GE01, GE02 ...). Ver página 80.

Quadro 4 – Lista de verificação com base no COREQ (conclusão)

30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	Sim
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	Sim
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	A análise dos dados demonstrou consistências nas respostas dos participantes, alinhadas às categorias principais previamente estabelecidas. No decorrer da análise foram observados temas secundários, sendo estes discutidos e analisados.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Souza *et al.* (2021).

ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Políticas Públicas Intersetoriais direcionada à pessoa idosa: Contexto das Políticas de Saúde e de Assistência Social do município de Alfenas

Pesquisador: SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78115524.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.808.823

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de mestrado, intitulada "Políticas Públicas Intersetoriais Direcionada à Pessoa Idosa. Contexto das Políticas de Saúde e de Assistência Social do município de Alfenas/MG. É um estudo qualitativo que busca analisar os aspectos facilitadores e dificultadores que se apresentam no cotidiano da prática dos assistentes sociais e gestores das Políticas de Saúde e de Assistência Social, atuantes em Alfenas, no processo de implementação de políticas públicas direcionadas à população idosa e suas interfaces com a intersetorialidade. A pesquisa aplicará um questionário prévio para selecionar Gestores e Assistentes sociais e, em seguida, realizará entrevistas em profundidade. Os questionários e roteiros de questão estão anexados ao projeto detalhado. As entrevistas ocorrerão seja no ambiente virtual e/ou presencialmente. A pesquisa tem financiamento próprio e não foi identificado conflito de interesses.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa é: analisar os aspectos facilitadores e dificultadores que se apresentam no cotidiano da prática dos assistentes sociais e gestores das Políticas de Saúde e de Assistência Social, atuantes em Alfenas, município de porte médio, situado na região sul de Minas Gerais, no processo de implementação de políticas públicas direcionadas à população idosa e suas interfaces com a intersetorialidade.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.808.823

Os objetivos secundários da pesquisa são: a) identificar limites, potencialidades e desafios para a intersetorialidade no município de Alfenas para o atendimento à população idosa, sob a perspectiva dos assistentes sociais e dos gestores; b) levantar as possíveis lacunas entre o processo de elaboração e implementação de políticas públicas intersetoriais direcionada à população idosa no município de Alfenas, sob a perspectiva dos assistentes sociais e dos gestores.

Análise do CEP: Os objetivos são claros e bem definido, são coerentes com a propositura geral do projeto e exequíveis, considerando tempo, recursos e método.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos da pesquisa para os participantes, aponta-se sobre possibilidade de constrangimento, invasão da privacidade, desconforto, medo e vergonha ao expressar opinião durante a entrevista. Como medida minimizadoras serão garantidos o sigilo das respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos; ambiente privativo com abordagem humanizadora; confidencialidade e proteção da imagem; liberdade de recusar a ingressar ou participar deste estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores e que somente após ter dado o consentimento serão aplicados o questionário e a entrevista. Serão garantidas explicações necessárias para responder às questões. Além destes, em se tratando de coleta de dados em ambiente virtual, assinala-se sobre outros riscos, como invasão de dados. Como medida minimizadora, a pesquisadora compromete-se a tomar todas as medidas cabíveis para evitar que ocorra qualquer violação ao ambiente virtual e aos dados decorrentes, como mantê-los em seu computador pessoal e não em arquivos em nuvem. Os participantes também serão orientados que durante a coleta de dados deverão estar em ambiente privativo e silencioso, de modo que seja possível assegurar o mínimo de interrupções, além de confiabilidade e segurança da rede de internet e dos equipamentos. A pesquisadora compromete-se a realizar testes para verificar o acesso a plataforma pelo participante e a conduzir a coleta de dados em ambiente privativo com abordagem humanizadora. Considera-se que o risco deste estudo é mínimo, pois não se realizará intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam do estudo.

Benefícios

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.808.823

Sobre os benefícios desse estudo, entende-se que será oportuno os profissionais apontarem as fragilidades e potencialidades do serviço e expressarem a realidade do seu contexto. As contribuições poderão ocorrer no âmbito acadêmico, profissional e para a sociedade, tendo em vista que poderá ampliar os diálogos acerca de políticas públicas intersetoriais e contribuir para construção de políticas públicas a partir de novos arranjos para o enfrentamento de problemas sociais complexos.

Análise do CEP:

Os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários. Os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos. Para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

a. Metodologia da pesquisa é atualizada e está adequada aos objetivos do projeto. O referencial teórico da pesquisa também está atualizado e é suficiente para o que se propõe. O cronograma de execução da pesquisa é coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto. O projeto contará com recursos próprios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Presencial: Presente e adequado
- b. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Virtual: Presente e adequado
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE): não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD): não se aplica
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) ICSA: presente e adequado
- f. Termo de Anuência Institucional (TAI) Lar São Vicente: presente e adequado
- g. Termo de Anuência Institucional (TAI) Santa Casa: presente e adequado
- h. Termo de Anuência Institucional (TAI) Secretaria da Criança: presente e adequado
- i. Termo de Anuência Institucional (TAI) Secretaria de Saúde: presente e adequado
- j. Declaração de responsabilidade do pesquisador responsável: presente e adequada
- k. Folha de rosto: presente e adequada
- l. Projeto de pesquisa completo e detalhado: presente e adequado
- m. Termo de Solicitação de Dispensa de TCLE (quando necessário): não se aplica

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.808.823

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise, a Coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2295824.pdf	02/05/2024 10:22:27		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Resposta.pdf	02/05/2024 10:21:01	SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_DETALHADO_alterado.pdf	02/05/2024 10:10:58	SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_coleta_de_dados_ambientevirtual_alterado.pdf	02/05/2024 09:59:56	SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_DETALHADO.pdf	10/03/2024 11:55:44	SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_assinado_pesquisador_e_responsavelICSA.pdf	10/03/2024 11:50:56	SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito
Outros	TAI_ILPI.pdf	10/03/2024 11:49:08	SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito
Outros	TAI_SECRETARIA_ASSISTENCIASOCIAL.pdf	10/03/2024 11:48:52	SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito
Outros	TAI_SECRETARIA_SAUDE.pdf	10/03/2024 11:48:12	SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pesquisaemformato_presencial.pdf	06/03/2024 22:30:19	SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito
Outros	TAI_SANTACASADEALFENAS.pdf	06/03/2024	SIMONE DE	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro **CEP:** 37.130-001

UF: MG **Município:** ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.808.823

Outros	TAI_SANTACASADEALFENAS.pdf	22:06:36	FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_ICSA.pdf	06/03/2024 22:03:57	SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Compromisso.pdf	06/03/2024 21:56:52	SIMONE DE FATIMA SOARES DA ROCHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 07 de Maio de 2024

Assinado por:
Ana Cláudia Mesquita Garcia
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br