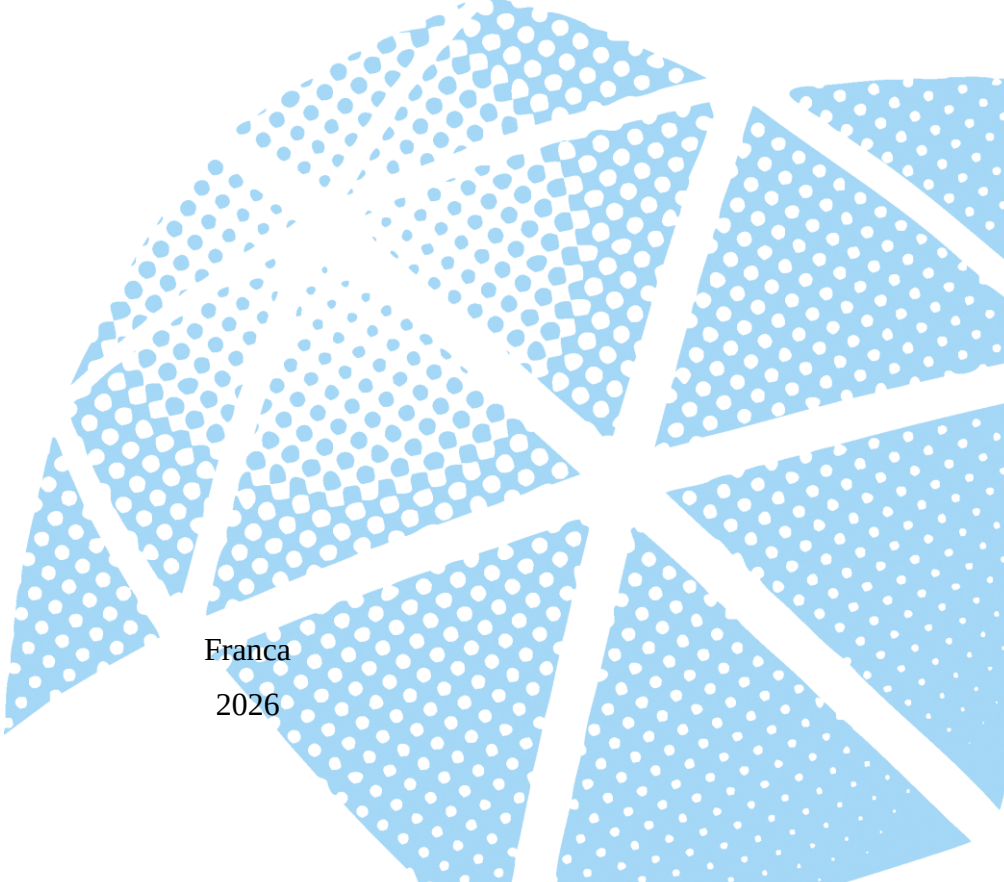


UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Campus de Franca

ANA JESSICA ASSUMÇÃO

**A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DO
ENVELHECIMENTO ATIVO NA REGIÃO DE BARRETOS-SP**

Franca
2026



ANA JESSICA ASSUMÇÃO

**A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DO
ENVELHECIMENTO ATIVO NA REGIÃO DE BARRETOS-SP**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Estadual Paulista (Unesp) “Júlio Mesquita Filho”, campus Franca, para obtenção do título de Doutora.

Área de concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

Linha de pesquisa: Trabalho, Capitalismo e Processos Sociais.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosalinda Chedian Pimentel

Franca

2026

A851i Assunção, Ana Jéssica
A importância do assistente social no processo do
envelhecimento ativo na região de Barretos-SP / Ana
Jéssica Assunção. -- Franca, 2026
187 p. : il., tabs., fotos, mapas

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais,
Franca
Orientadora: Rosalinda Chedian Pimentel

1. Serviço Social. 2. Envelhecimento. 3. Idosos. 4.
Longevidade. I. Título.

IMPACTO POTENCIAL DESTA PESQUISA

Esta pesquisa contribui para dar visibilidade aos desafios do atendimento à população idosa na assistência social e pode subsidiar políticas públicas mais integradas e humanizadas. Ao fortalecer ações intersetoriais, favorece a promoção da autonomia, da participação social e da qualidade de vida no envelhecimento.

POTENTIAL IMPACT OF THIS RESEARCH

This research helps bring visibility to the challenges of caring for older adults in social assistance and may support more integrated and humane public policies. By strengthening intersectoral actions, it promotes autonomy, social participation, and quality of life in ageing.

ANA JESSICA ASSUMÇÃO

**A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DO
ENVELHECIMENTO ATIVO NA REGIÃO DE BARRETOS-SP**

Tese apresentada a Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) - Franca, para obtenção do título de grau acadêmico: Doutora em Serviço Social, pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

Data da defesa: 06/03/2026

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rosalinda Chedian Pimentel
UNESP – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Campus de Franca

Prof. Dra. Maria José de Oliveira Lima
UNESP – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Campus de Franca

Prof. Dra. Neide Aparecida Souza Lehfeld
UNESP – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Campus de Franca

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra
UNIFACEF- Centro Universitário Municipal de Franca

Prof. Dra. Evana Barros Pereira Souza
UEMG- Universidade do Estado de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta tese representa mais do que o encerramento de uma etapa acadêmica: simboliza um percurso de crescimento pessoal, profissional e humano, marcado por desafios, aprendizados e profundas reflexões. Nenhuma trajetória dessa natureza se constrói de forma solitária, e este espaço é dedicado àqueles que, com presença, apoio e afeto tornaram possível a concretização deste trabalho.

Agradeço, de forma especial, à minha orientadora Rosalinda, pela condução ética, pelo acolhimento e pela escuta sensível ao longo de todo o percurso. Sua postura respeitosa, aliada ao rigor teórico e metodológico, foi fundamental para o amadurecimento das reflexões aqui apresentadas e para que este trabalho se desenvolvesse com consistência e compromisso acadêmico.

À banca examinadora, agradeço pela disponibilidade, pelo olhar atento e pelas contribuições que certamente enriqueceram esta tese, reafirmando o caráter coletivo e dialógico da produção do conhecimento.

À instituição de ensino e ao Programa de Pós-Graduação, agradeço pelas condições acadêmicas e institucionais oferecidas, que possibilitaram o desenvolvimento desta pesquisa.

Às profissionais que participaram deste estudo, minha sincera gratidão por compartilharem suas experiências, percepções e desafios cotidianos no trabalho com a população idosa. Suas falas deram sentido, profundidade e vida a esta pesquisa, reafirmando a relevância de um Serviço Social comprometido com a defesa de direitos e com a dignidade humana.

Às equipes e aos serviços da política de assistência social dos municípios de Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi, agradeço pela abertura, pela colaboração e pelo compromisso cotidiano com o cuidado, a convivência e a proteção social da pessoa idosa, mesmo diante de contextos marcados por limites estruturais.

À minha família expresse minha gratidão mais profunda pelo apoio incondicional e pela compreensão nos momentos de ausência e cansaço. Em especial, agradeço ao meu marido Leonardo, companheiro de todas as horas, pelo incentivo constante, pela paciência, pelo amor e pela confiança, que foram essenciais para que eu seguisse adiante nos momentos mais desafiadores desta trajetória. À minha cachorrinha Milla que, com sua presença silenciosa e afetuosa, esteve ao meu lado nos longos dias e noites de escrita, oferecendo conforto, leveza e companhia.

Aos amigos e amigas, agradeço pelas palavras de encorajamento, pela escuta e pelo afeto, que tornaram o caminho menos árduo e mais humano.

Por fim, agradeço a todos e todas que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta caminhada. Que este trabalho possa honrar cada gesto de apoio recebido e reafirmar o compromisso com uma produção acadêmica crítica, ética e socialmente referenciada, voltada à defesa da dignidade e dos direitos da pessoa idosa.

RESUMO

A presente pesquisa analisou as percepções, práticas e desafios enfrentados por profissionais da assistência social que atuam diretamente com a população idosa nos municípios de Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi, com o objetivo de compreender como o envelhecimento ativo tem sido interpretado, incorporado e operacionalizado nos serviços públicos. A partir de questionários estruturados, análise comparativa e fundamentação teórica foi possível identificar que o envelhecimento ativo, embora amplamente reconhecido como conceito que articula autonomia, participação social, segurança e qualidade de vida, enfrenta limites significativos para se efetivar na prática cotidiana dos serviços socioassistenciais. Entre os principais desafios observados estão: a insuficiência de recursos humanos e financeiros; a fragmentação das políticas públicas; a vulnerabilidade social dos idosos; a persistência do etarismo e da desinformação; além da necessidade de fortalecimento da articulação intersetorial entre Sistema Único de Assistência Social – SUAS e Sistema Único de Saúde – SUS. Apesar das fragilidades estruturais encontradas, o estudo evidenciou o compromisso ético dos profissionais e a existência de práticas que apontam caminhos possíveis para a construção de políticas mais robustas, integradas e humanizadas. Concluiu-se que a efetivação do envelhecimento ativo exige ações contínuas, planejamento intersetorial, investimento público e mudança de paradigmas sociais, de modo a garantir que o processo de envelhecer seja marcado por dignidade, autonomia e participação cidadã.

Palavras-chave: envelhecimento ativo; políticas públicas; SUAS; idosos; vulnerabilidade social; etarismo.

ABSTRACT

This research examined the perceptions, practices, and challenges experienced by social-assistance professionals working directly with older adults in the municipalities of Bebedouro, Monte Azul Paulista, and Cajobi. Its main objective was to understand how the concept of active ageing has been interpreted, integrated, and implemented within public social-assistance services. Through structured questionnaires, comparative analysis, and a solid theoretical framework, the study identified that, although active ageing is widely recognized as a concept that encompasses autonomy, social participation, safety, and quality of life, its practical implementation remains limited by structural, institutional, and socioeconomic barriers. Key challenges include insufficient human and financial resources, fragmented public policies, persistent social vulnerability among older adults, ageism, and lack of information, as well as the need for stronger intersectoral coordination between social assistance (SUAS) and health services (SUS). Despite these constraints, the findings highlight the ethical commitment of professionals and the presence of meaningful practices that offer pathways for the development of more integrated, robust, and humanized policies. The research concludes that the effectiveness of active ageing requires sustained public investment, intersectoral planning, continuous educational actions, and a societal shift in how ageing is perceived, ensuring that growing older becomes a stage marked by dignity, autonomy, and social participation.

Keywords: active ageing; public policies; social assistance; older adults; social vulnerability; ageism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do município de Bebedouro-SP	93
Figura 2 – CDI de Bebedouro-SP	95
Figura 3 – Idosos participando de uma oficina socioeducativa.....	98
Figura 4 – Mapa do município de Monte Azul Paulista.....	109
Figura 5 – CRAS de Monte Azul Paulista.....	111
Figura 6 – Mapa do município de Cajobi-SP	124

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de idosos por regiões brasileiras	41
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cronologia das políticas e legislações direcionadas a população idosa	63
Quadro 2 – Atuação do profissional do Serviço Social	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Crescimento da população idosa e evolução do financiamento federal do SUAS (Brasil, 2010-2022).....	37
Tabela 2 – Estimativa de investimento público federal por pessoa idosa (Brasil, 2023).....	37
Tabela 3 – Estimativa de investimento anual por pessoa idosa segundo unidades da federação (Brasil).....	38
Tabela 4 – Percentual de idosos dos estados brasileiros	43
Tabela 5 – Informações pessoais dos idosos participantes em Bebedouro-SP.....	95
Tabela 6 – Resposta das perguntas do questionário dos idosos de Bebedouro-SP	96
Tabela 7 – Transcrição das respostas dos profissionais de Bebedouro-SP – Profissional A ..	102
Tabela 8 – Transcrição das respostas dos profissionais de Bebedouro-SP – Profissional B..	103
Tabela 9 – Transcrição das respostas dos profissionais de Bebedouro-SP – Profissional C..	103
Tabela 10 – Transcrição das respostas dos profissionais de Bebedouro-SP – Profissional D	104
Tabela 11 – Transcrição das respostas dos profissionais de Bebedouro-SP – Profissional E	104
Tabela 12 – Comparação das respostas dos profissionais (1)	105
Tabela 13 – Comparação das respostas dos profissionais (2)	106
Tabela 14 – Informações com características pessoais dos participantes	112
Tabela 15 – Respostas das perguntas dos questionários aplicados aos idosos de Monte Azul Paulista-SP	113
Tabela 16–Transcrição das respostas dos profissionais de Monte Azul Paulista-SP – Profissional A.....	119
Tabela 17–Transcrição das respostas dos profissionais de Monte Azul Paulista-SP – Profissional B.....	120
Tabela 18–Transcrição das respostas dos profissionais de Monte Azul Paulista-SP – Profissional C.....	120
Tabela 19–Transcrição das respostas dos profissionais de Monte Azul Paulista-SP – Profissional D.....	121
Tabela 20 – Comparação das respostas dos profissionais	121

Tabela 21 – Informações com características pessoais dos participantes	127
Tabela 22 – Transcrição das respostas dos questionários (Cajobi-SP)	129
Tabela 23 – Transcrição das respostas dos profissionais de Cajobi-SP – Profissional A	132
Tabela 24 – Transcrição das respostas dos profissionais de Cajobi-SP – Profissional B	132
Tabela 25 – Transcrição das respostas dos profissionais de Cajobi-SP – Profissional C	133
Tabela 26 – Transcrição das respostas dos profissionais de Cajobi-SP – Profissional D	133
Tabela 27 – Transcrição das respostas dos profissionais de Cajobi-SP – Profissional E.....	134
Tabela 28 – Comparação das respostas dos profissionais	135
Tabela 29 – Comparação das respostas dos profissionais de todos os municípios	140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANG	Associação Nacional de Gerontologia
art.	artigo
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCI	Centro de Convivência do Idoso
CDI	Centro Dia do Idoso
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JORI	Jogos Regionais dos Idosos
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MES	Ministério da Educação e Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAI	Programa de Assistência ao Idoso
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SESC	Serviço Social do Comércio
SIC	Sistema Integrado de Informações ao Cidadão
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SPT	Saúde para Todos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS	15
1	PERCURSO METODOLÓGICO.....	18
1.1	READEQUAÇÃO METODOLÓGICA E USO DE DADOS SECUNDÁRIOS ..	20
1.2	CAMPO EMPÍRICO	22
1.3	O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL COMO PESQUISADOR.....	25
1.4	QUESTÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DA PESQUISA	27
1.5	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	28
1.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	29
1.7	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	33
1.8	DO BRASIL PARA O INTERIOR PAULISTA.....	35
2	REFERENCIAL TEÓRICO	44
2.1	PROCESSO HISTÓRICO SOBRE A VELHICE: MARCOS E CONQUISTAS ..	46
2.2	POLÍTICAS NACIONAIS PÚBLICAS, DE SAÚDE E DE ENVELHECIMENTO ATIVO	50
2.2.1	Envelhecimento e Políticas de Saúde e o SUS	51
2.2.2	Assistência Social, Previdência Social e Legislação: marcos históricos das políticas voltadas à população idosa.....	58
2.2.3	O começo da assistência à saúde: políticas de saúde e a criação de serviços essenciais	63
2.2.4	O surgimento do SUS e a mobilização dos aposentados.....	69
2.2.4.1	<i>O SUS</i>	70
2.2.4.2	<i>O Movimento dos Aposentados</i>	71
2.2.5	Políticas públicas no Brasil sobre o envelhecimento.....	74
2.3	OS CONSELHOS DE DIREITOS DO IDOSO	76
2.4	RESSIGNIFICANDO A IDEIA DE ENVELHECIMENTO ATIVO	79
2.5	A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ENVELHECIMENTO ATIVO: REFLEXÕES SOBRE A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	85
2.5.1	Mediação	85
2.5.2	O Serviço Social: prática e intervenção profissional na promoção do envelhecimento ativo	88
3	O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA DE CAMPO	92
3.1	MUNICÍPIO DE BEBEDOURO-SP.....	93

3.1.1	Participantes idosos	95
3.1.2	Participantes – profissionais	101
3.2	MUNICÍPIO DE MONTE AZUL PAULISTA-SP.....	109
3.2.1	Participantes – idosos	112
3.2.2	Participantes – profissionais	119
3.3	MUNICÍPIO DE CAJOBI-SP	124
3.3.1	Participantes – idosos	127
3.3.2	Participantes – profissionais	131
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA	138
4.1	ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS COLETADOS	139
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	145
	REFERÊNCIAS.....	154
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTES: IDOSOS	161
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTES: PROFISSIONAIS	163
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO ORIENTADOR DA ENTREVISTA – PARTICIPANTES: IDOSOS	165
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO ORIENTADOR DA ENTREVISTA – PARTICIPANTES: PROFISSIONAIS	167
	APÊNDICE E – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	170
	APÊNDICE F- APRESENTAÇÃO DA DEFESA DE TESE	171
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	171

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

O envelhecimento é um processo natural e contínuo do ciclo de vida, caracterizado por mudanças progressivas que envolvem dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Esse processo está relacionado a diversas alterações celulares e moleculares que, ao longo dos anos, contribuem para a diminuição gradual da capacidade funcional do organismo. No Brasil, a legislação reconhece como pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 60 anos, conforme o Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003), marco que orienta o acesso a direitos e a políticas públicas voltadas a esse segmento.

Do ponto de vista gerontológico, o envelhecimento pode ser compreendido a partir de diferentes componentes. O envelhecimento primário refere-se às mudanças universais e esperadas do organismo com o passar do tempo, associadas ao curso natural da vida e não necessariamente a doenças, como alterações graduais na composição corporal, na força muscular e na capacidade funcional. Já o envelhecimento secundário diz respeito às mudanças relacionadas a condições patológicas, estilo de vida e fatores ambientais, como doenças crônicas, sedentarismo, alimentação inadequada, exposição a riscos e desigualdades sociais, que podem acelerar perdas funcionais e ampliar limitações no cotidiano. Dessa forma, embora o envelhecimento seja universal, a experiência de envelhecer é heterogênea e fortemente atravessada por determinantes sociais e territoriais.

A discussão sobre envelhecimento e envelhecimento ativo dialoga diretamente com a Agenda 2030 das Nações Unidas, especialmente com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3), que propõe assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, e com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 10 (ODS 10), voltado à redução das desigualdades.

Nesse contexto, a noção de envelhecimento ativo amplia a compreensão do envelhecer ao enfatizar direitos, participação social, autonomia e bem-estar. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2005).

Essa perspectiva torna-se ainda mais relevante diante das transformações demográficas contemporâneas, uma vez que o envelhecimento populacional constitui um dos fenômenos sociais mais expressivos do século XXI, alcançando dimensões que desafiam não apenas os sistemas de proteção social, mas também os modos de convivência, cuidado e pertencimento no cotidiano das comunidades.

No Brasil, essas transformações adquirem contornos particulares, uma vez que o processo de envelhecer é atravessado pelas desigualdades históricas que marcam a formação social brasileira. Conforme destacam Camarano (2018) e Neri (2019), envelhecer no país é, antes de tudo, enfrentar condições de vida desiguais, que se expressam nos diferentes acessos a renda, saúde, moradia, cultura e participação social.

Nesse cenário, emerge a necessidade de refletir criticamente sobre os sentidos e práticas relacionados ao envelhecimento ativo, conceito difundido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), que compreende o envelhecer como um processo sustentado por três pilares fundamentais: saúde, participação e segurança. Longe de ser uma concepção meramente biomédica, o envelhecimento ativo incorpora dimensões subjetivas, relacionais e territoriais que se conectam diretamente ao campo do Serviço Social, sobretudo no que diz respeito à garantia de direitos, ao fortalecimento de vínculos e à construção de condições materiais e simbólicas capazes de promover autonomia e dignidade às pessoas idosas.

É nesse contexto que se insere a motivação desta pesquisa, fortemente vinculada à trajetória profissional da pesquisadora no âmbito da política de assistência social e à vivência cotidiana junto a serviços que atendem a população idosa. A experiência profissional permitiu observar, de forma concreta, as tensões existentes entre os marcos legais e normativos que asseguram direitos à pessoa idosa e as condições reais de implementação dessas políticas nos territórios, especialmente em municípios de pequeno porte. Tal vivência evidenciou que, embora o conceito de envelhecimento ativo esteja amplamente presente nos discursos institucionais, sua materialização prática encontra limites estruturais, financeiros e organizacionais que impactam diretamente tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços.

A presente pesquisa nasce do compromisso ético e político com esses princípios, bem como da necessidade de compreender como o envelhecimento ativo tem sido vivenciado e operacionalizado em contextos municipais de pequeno porte. A escolha dos municípios de Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi – todos localizados no interior do estado de São Paulo – não se deu de forma aleatória: trata-se de territórios onde a política de assistência social possui centralidade significativa na atenção às pessoas idosas, seja por meio do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), seja através de equipamentos socioassistenciais que atuam diretamente na prevenção de agravos, no estímulo à convivência comunitária e no suporte a situações de vulnerabilidade.

O recorte metodológico baseado na escuta de profissionais que atuam nessas políticas permitiu acessar percepções que não apenas revelam o cotidiano dos serviços, mas

também evidenciam as tensões, limites e potências que estruturam o trabalho social com idosos. Para o Serviço Social, compreender essas experiências é crucial, uma vez que a atuação profissional se insere justamente na interseção entre políticas públicas, sujeitos e território. Como destaca Iamamoto (2014), a prática profissional é, simultaneamente, política e pedagógica, e envolve a mediação de direitos, a leitura crítica da realidade e a construção de processos de emancipação social.

A relevância desta pesquisa também se reforça pelo contexto social mais amplo. O envelhecimento, enquanto temática contemporânea de interesse nacional, alcançou destaque em debates públicos, acadêmicos e políticos. Em 2025, o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) – maior avaliação educacional do país – elegeu o tema “Perspectivas acerca do envelhecimento na sociedade brasileira” para sua redação. Essa escolha evidencia que o debate sobre a velhice ultrapassa os limites dos serviços especializados e se insere no campo das grandes questões sociais, tornando-se um compromisso de todas as áreas do conhecimento. Ao mobilizar estudantes de todo o território nacional a refletirem sobre o envelhecimento, o exame reafirma a centralidade dessa pauta e a necessidade de políticas públicas capazes de responder à complexidade do cenário atual.

Nesse sentido, a pesquisa dialoga com essa agenda social contemporânea. Os achados apresentados ao longo do trabalho mostram que, nos três municípios estudados, as práticas profissionais voltadas à pessoa idosa são atravessadas por desafios comuns: limitações de recursos financeiros e humanos; dificuldades na articulação entre Sistema Único de Assistência Social – SUAS e Sistema Único de Saúde – SUS; barreiras territoriais que dificultam o acesso aos serviços; persistência do etarismo; e insuficiência de ações educativas que tratem o idoso como sujeito de direitos e não como destinatário passivo de cuidados. Ao mesmo tempo, os resultados mostram a potência das iniciativas locais, revelando práticas humanizadas, afetivas e comprometidas, construídas mesmo diante da precariedade estrutural.

Assim, ao trazer a perspectiva das profissionais, a pesquisa procurou fortalecer a compreensão de que o envelhecimento ativo é uma construção social e política, que exige articulação intersetorial, investimento público e valorização da pessoa idosa enquanto cidadã plena. Também reafirma que o desafio do envelhecimento no Brasil não se limita ao aumento da longevidade, mas envolve a construção de condições concretas que permitam que essa longevidade seja vivida com qualidade, autonomia e pertencimento.

No que se refere às contribuições desta tese, destaca-se, primeiramente, sua relevância acadêmica ao articular o debate teórico sobre envelhecimento ativo com a análise empírica das práticas profissionais da assistência social em municípios de pequeno porte –

realidade ainda pouco explorada na produção científica, que tende a privilegiar grandes centros urbanos. Ao privilegiar a escuta das profissionais que atuam diretamente nos serviços, o estudo amplia a compreensão sobre como conceitos normativos são apropriados, ressignificados e operacionalizados no cotidiano das políticas públicas.

No campo do Serviço Social, a pesquisa contribui ao evidenciar o papel estratégico dos profissionais na mediação entre direitos, políticas públicas e usuários, oferecendo subsídios para a reflexão crítica da prática profissional e para o aprimoramento das ações voltadas à população idosa. Ao sistematizar desafios, limites e estratégias, o estudo fortalece a construção de práticas mais qualificadas, humanizadas e alinhadas aos princípios do SUAS.

Sob a perspectiva das políticas públicas, a tese contribui ao explicitar os impactos do subfinanciamento, das desigualdades territoriais e da fragilidade do pacto federativo na efetivação das ações voltadas à pessoa idosa. Ao articular dados demográficos, informações sobre financiamento e relatos profissionais, o trabalho evidencia que o envelhecimento ativo não pode ser tratado como responsabilidade individual, mas como um compromisso coletivo que exige prioridade política e investimento estatal contínuo.

Por fim, a pesquisa pretende contribuir socialmente ao dar visibilidade às realidades vivenciadas por idosos e profissionais em municípios do interior paulista, reforçando o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito de direitos, portadora de saberes e protagonista de sua trajetória. Ao problematizar o envelhecimento a partir do território, o estudo busca colaborar para a formulação de políticas e práticas que reconheçam a velhice como etapa legítima, diversa e valiosa da vida humana.

As considerações introdutórias que aqui se apresentam buscam, portanto, situar o leitor diante da importância do tema, apresentar os fundamentos teóricos que orientam a pesquisa e contextualizar o cenário sociopolítico em que se insere o envelhecimento no interior paulista. Mais do que uma investigação descritiva, este estudo pretende contribuir com reflexões críticas e recomendações que possam fortalecer políticas públicas, ampliar práticas qualificadas e fomentar uma sociedade que reconheça, na velhice, não um limite, mas uma etapa legítima e valiosa da trajetória humana.

1 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente investigação insere-se no campo da pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo e documental. O objetivo foi compreender como o envelhecimento ativo vem sendo promovido em sociedade, especialmente no âmbito dos serviços de convivência para

idosos, tomando como referência três municípios do interior paulista: Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi. O recorte feito e a escolha pelos três municípios são apresentados mais adiante, nos itens que registram a pesquisa realizada.

A escolha pela pesquisa qualitativa se ancora na compreensão de que o envelhecimento ativo, enquanto processo multifacetado não pode ser captado, apenas, por números ou indicadores demográficos. Trata-se de uma experiência atravessada por significados, valores, crenças, memórias e expectativas. Minayo (2012a) lembra que a pesquisa qualitativa se dedica ao universo dos significados e, portanto, é particularmente adequada para fenômenos sociais complexos, nos quais a dimensão subjetiva ocupa lugar central.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa permite ao pesquisador não apenas descrever, mas interpretar as experiências de envelhecimento, considerando os contextos sociais e institucionais nos quais elas se desenvolvem. Concomitante, a pesquisa documental possibilitou o levantamento de dados em fontes secundárias – legislações, políticas públicas, relatórios institucionais e marcos normativos – permitindo situar as narrativas dos sujeitos em diálogo com o aparato legal e político que regula o campo da velhice no Brasil (Gil, 2019).

Assim, o estudo articula duas dimensões: por um lado, a escuta atenta e a observação de campo junto aos idosos e profissionais; por outro, a análise documental que revela a estrutura normativa, que dá suporte (ou limita) a efetivação do envelhecimento ativo. Essa triangulação fortalece a validade do estudo, pois aproxima a experiência vivida da dimensão institucional.

Além do trabalho de campo realizado junto aos idosos, esta pesquisa também incluiu uma etapa de análise documental. Foram utilizados como fontes: documentos oficiais, tais como legislações nacionais e estaduais relacionadas à política de assistência social, especialmente a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994) e a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais; relatórios institucionais e dados estatísticos: publicações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Censos Demográficos, estudos populacionais), Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Atlas de Desenvolvimento Humano; além de documentos municipais: relatórios de gestão, publicações de câmaras municipais, portais oficiais e matérias jornalísticas que evidenciam a realidade local.

A análise documental cumpriu a função de fornecer contexto socioeconômico para compreensão das especificidades de cada município e permitir a triangulação dos dados empíricos com informações normativas e estatísticas. O vetor exploratório-descritivo, busca compreender de forma sistemática e detalhada, as percepções e práticas relacionadas ao

envelhecimento ativo nos municípios estudados. Segundo Gil (2019), as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito e possibilitando a formulação de hipóteses e categorias de análise. Já as pesquisas descritivas visam observar, registrar e analisar os fenômenos sem manipulá-los, descrevendo suas características, relações e ocorrências dentro de determinado contexto.

A pesquisa também se caracterizou como pesquisa participante, uma vez que a pesquisadora atua profissionalmente na área social e mantém vínculo direto com o campo investigado. Segundo Thiollent (2011), a pesquisa participante envolve a inserção ativa do pesquisador no contexto estudado, permitindo que este compreenda os fenômenos a partir da perspectiva dos sujeitos e das relações cotidianas que estruturam a realidade social. Nessa abordagem, o pesquisador não assume apenas o papel de observador externo, mas participa das dinâmicas, dos processos e das práticas, produzindo conhecimento simultâneo à ação.

Brandão (2001) ressalta que a pesquisa participante valoriza os saberes construídos coletivamente e possibilita uma leitura crítica da realidade a partir da interação direta com o grupo investigado. Do mesmo modo, Freire (1996) aponta que a proximidade entre pesquisador e comunidade amplia a compreensão dos significados atribuídos às experiências vividas, especialmente em contextos de vulnerabilidade e práticas socioassistenciais. Assim, o envolvimento da pesquisadora no cotidiano dos serviços de convivência contribuiu para aprofundar a análise das práticas profissionais e das percepções dos idosos, fortalecendo a coerência entre metodologia, campo empírico e objetivos do estudo. Nos itens 1.1 e 1.2 da pesquisa detalha-se mais sobre o assunto.

Dessa forma, este estudo procurou combinar ambas as abordagens ao descrever as características do público idoso atendido pelos serviços e ao explorar as percepções dos profissionais envolvidos no atendimento, a partir de dados obtidos em campo. Trata-se, portanto, de uma investigação que pretende não apenas identificar aspectos objetivos e mensuráveis, como perfil sociodemográfico e frequência de atividades, mas também compreender significados subjetivos atribuídos pelos participantes às práticas de convivência e envelhecimento. Assim, o estudo busca construir uma análise integrada entre as dimensões quantitativas (tabulações e frequências) e qualitativas (interpretação das falas e questionários abertos), o que o situa dentro do escopo metodológico das pesquisas de natureza exploratória e descritiva, orientadas por uma perspectiva compreensiva e contextualizada.

1.1 READEQUAÇÃO METODOLÓGICA E USO DE DADOS SECUNDÁRIOS

Durante a elaboração do projeto de pesquisa, previa-se a realização de um levantamento comparativo dos recursos destinados às ações de Proteção Social Básica e Especial, a partir de dados disponibilizados no Portal da Transparência da União, referentes às Ações Orçamentárias 219E e 219F, no período de 2019 a 2022. Também estava prevista a solicitação de informações complementares sobre os 645 municípios paulistas por meio do Sistema Integrado de Informações ao Cidadão (SIC/SP), com o objetivo de construir um panorama estadual da destinação de recursos vinculados às políticas voltadas à população idosa. Com base nesses dados seria realizada comparação entre diferentes regionais do estado de São Paulo – como Barretos e Ribeirão Preto – buscando relacionar características territoriais, demográficas e financeiras aos serviços ofertados.

Entretanto, durante o desenvolvimento da pesquisa, verificou-se que essas fontes apresentavam limitações significativas que comprometeriam a viabilidade desse procedimento. No Portal da Transparência, identificaram-se inconsistências, instabilidade dos filtros e alterações nas categorias orçamentárias ao longo do período, o que inviabilizou a construção de séries históricas comparáveis entre estados e municípios. Além disso, os dados disponíveis não permitiram isolar de forma consistente os recursos destinados especificamente à política da pessoa idosa, impossibilitando análises mais precisas.

Da mesma forma, as respostas recebidas por meio do SIC/SP foram incompletas, heterogêneas e, em muitos casos, incompatíveis com o escopo solicitado. Algumas informações vieram agregadas em categorias amplas; outras não contemplavam o período completo da pesquisa. Essa ausência de padronização impediu a formação de um banco de dados coeso e passível de comparação intermunicipal.

Diante dessas limitações técnicas e da impossibilidade de garantir a confiabilidade e a comparabilidade necessárias para o método inicialmente proposto, optou-se por uma readequação metodológica, priorizando a dimensão qualitativa da pesquisa e aprofundando a análise das experiências concretas dos profissionais e dos territórios investigados. Essa decisão encontra respaldo na literatura metodológica.

Minayo (2014) afirma que o percurso investigativo nas Ciências Sociais é dinâmico e frequentemente exige ajustes, dada a imprevisibilidade das fontes e condições reais de pesquisa. Gil (2019) ressalta que o plano metodológico deve ser compreendido como guia flexível, passível de revisão sempre que as fontes previstas se revelam insuficientes ou incompatíveis com os objetivos analíticos. Goldenberg (2004), ao discutir o trabalho de campo, reforça que a realidade empírica frequentemente impõe novos caminhos ao pesquisador, exigindo adaptações que ampliam a profundidade e a coerência da investigação. Assim, a

readequação aqui realizada não representa fragilidade, mas uma decisão metodológica fundamentada, orientada pela busca de rigor, pertinência e qualidade dos resultados.

Para suprir parcialmente a ausência desse levantamento quantitativo, optou-se pela incorporação de dados secundários consolidados provenientes de fontes oficiais, como o IBGE, o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) e pesquisas produzidas por instituições como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Esses dados foram utilizados como base contextual para compreender o envelhecimento populacional no Brasil e no estado de São Paulo, bem como para situar a problemática do financiamento das políticas sociais destinadas à população idosa. Esse procedimento permitiu manter uma leitura macroestrutural do fenômeno estudado, articulando-a às análises qualitativas produzidas nos municípios de Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi, onde houve possibilidade de encontros presenciais na pesquisa de campo. A readequação metodológica, portanto, permitiu fortalecer a coerência interna da pesquisa e aprofundar dimensões subjetivas, institucionais e territoriais do envelhecimento ativo, garantindo aderência aos objetivos da investigação e preservando o rigor necessário ao tema proposto.

1.2 CAMPO EMPÍRICO

A pesquisa insere-se na Região Administrativa de Barretos, no interior do estado de São Paulo, a qual é composta por 19 municípios (Altair, Barretos, Bebedouro, Cajobi, Colina, Colômbia, Embaúba, Guaíra, Guaraci, Jaborandi, Monte Azul Paulista, Olímpia, Pirangi, Severínia, Taiacu, Taiúva, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto) e apresenta população estimada em 432.859 habitantes, com participação de 0,81% no PIB estadual, segundo dados sistematizados no Mapa da Economia Paulista.

A economia regional tem forte predominância do agronegócio e da agroindústria, com destaque para cadeias produtivas associadas à cana-de-açúcar e à laranja, além de relevância do turismo em Barretos (tradicionalmente associado a eventos, exposições e festas) e de serviços de saúde de referência regional. Em termos territoriais, a região de Barretos possui área aproximada de 8.343,40 km² e apresenta dinâmica demográfica marcada por desaceleração do crescimento populacional e esvaziamento relativo de população jovem em parte dos municípios. Nesse contexto, destaca-se o envelhecimento populacional: a região apresenta índice de envelhecimento de 76,0%, superior à média estadual (61,6%), evidenciando a ampliação da participação relativa de idosos na estrutura etária regional. Complementarmente,

dados do Censo 2022 indicam alto grau de urbanização na região de Barretos (95,5%), o que reforça a necessidade de analisar como redes de proteção social, mobilidade urbana, acesso a serviços e oportunidades de participação social se organizam no território para responder às demandas do envelhecer. Nesse cenário, o território não deve ser entendido apenas como recorte geográfico, mas como espaço de relações, práticas e desigualdades, no qual diferentes agentes e instituições disputam recursos, reconhecimento e formas legítimas de participação social.

De acordo com Bourdieu (1997), os espaços sociais funcionam como campos de disputa simbólica e de construção de sentidos. Nesse sentido, estudar os serviços de convivência permitiu compreender como as atividades ofertadas (oficinas, dinâmicas, reflexões, atividades físicas) são apropriadas pelos idosos, ressignificadas e incorporadas à sua vivência de envelhecimento. Grande parte dos municípios oferece o serviço do Centro de Convivência do Idoso, enquanto outros dispõem das atividades no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e espaços da proteção social básica.

A escolha por realizar a pesquisa com idosos participantes dos SCFV - , em detrimento de outros serviços da rede de proteção social que também atendem esse público, fundamenta-se no papel singular que o SCFV desempenha na promoção do envelhecimento ativo e na construção de sociabilidades, diferentemente de serviços voltados à atenção básica de proteção social, como o Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), ou de caráter mais protetivo e emergencial, como o atendimento especializado do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o SCFV se estrutura como um espaço de convivência cotidiana, no qual os idosos participam voluntariamente de atividades socioeducativas, culturais e recreativas que favorecem a expressão de autonomia, a reconfiguração de vínculos comunitários e a apropriação positiva do processo de envelhecimento.

Esse caráter permite acessar percepções sobre pertencimento, identidade, desafios cotidianos e expectativas para a velhice. Além disso, as atividades desenvolvidas no SCFV são planejadas para estimular a participação ativa, o fortalecimento de vínculos e a convivência intergeracional – dimensões centrais para analisar como políticas públicas se materializam no cotidiano e quais repercussões produzem na vida dos idosos.

Outro fator relevante é que o SCFV reúne idosos em diferentes condições socioeconômicas e trajetórias de vida, o que amplia a diversidade das experiências observadas. Trata-se de um público que frequenta o serviço de forma regular e espontânea, garantindo maior disponibilidade para participação na pesquisa e favorecendo a obtenção de relatos consistentes,

ricos e contextualizados. Em comparação, outros serviços da rede socioassistencial tendem a receber o idoso apenas em situações de vulnerabilidade aguda, conflitos familiares, violações de direitos ou demandas pontuais, o que poderia restringir a análise a episódios críticos, e não às dinâmicas cotidianas de convivência e envelhecimento.

Assim, o SCFV se configura como o campo mais adequado para investigar práticas, sentidos e experiências relacionadas ao envelhecimento ativo, à convivência comunitária e às mediações profissionais no âmbito da política de assistência social. Ao centrar a pesquisa nesse equipamento, torna-se possível compreender de maneira mais ampla e aprofundada como as ações socioeducativas contribuem para a construção de vínculos, o fortalecimento da autonomia e a produção de sentidos sobre a velhice, aspectos centrais para os objetivos do estudo. Outro aspecto considerado refere-se ao perfil socioeconômico e cultural dos usuários, que apresenta variações significativas entre as localidades. Essa diversidade contribui para a identificação de práticas e desafios específicos de cada contexto, enriquecendo a análise e permitindo comparações que fortalecem a validade e a relevância dos resultados obtidos.

Ao observar como as políticas públicas e os serviços são vivenciados em diferentes realidades locais, torna-se possível compreender, de maneira mais ampla, as estratégias de mediação e intervenção social que favorecem o envelhecimento ativo. Por fim, a escolha dos municípios considerou, também, a viabilidade de acesso direto aos profissionais que atuam nos Centros do Idoso, assegurando a realização de entrevistas que capturam a perspectiva dos trabalhadores acerca das práticas de atendimento, das demandas da população idosa e das estratégias adotadas para enfrentar os desafios cotidianos. A inclusão de distintas realidades locais, aliada à possibilidade de interação com usuários e profissionais, potencializa a qualidade da coleta de dados, garantindo que os resultados reflitam com maior fidelidade a complexidade das práticas de envelhecimento ativo nos Centros do Idoso.

Dessa maneira, a seleção dos municípios não se fundamenta apenas na presença de serviços voltados à população idosa, mas na combinação de fatores que promovem diversidade metodológica, profundidade analítica e relevância social do estudo, assegurando que os dados coletados sejam representativos das experiências vivenciadas pelos idosos e pelas equipes profissionais dos Centros do Idoso. O acesso ao campo ocorreu por meio de articulação institucional com as coordenações locais dos CRAS e dos equipamentos destinados à pessoa idosa.

A definição particular de cada município – Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi, como recorte empírico desta pesquisa deve-se ao fato de que essas localidades, embora geograficamente próximas e inseridas na mesma região administrativa do interior paulista,

apresentam configurações distintas na organização e no desenvolvimento dos Centros de Convivência do Idoso. Bebedouro possui um serviço mais estruturado, com oferta consolidada de atividades e histórico de atuação contínua, configurando-se como referência regional na execução de políticas voltadas ao envelhecimento ativo. Monte Azul Paulista, por sua vez, apresenta um modelo intermediário, com programas em processo de diversificação e ampliação, permitindo observar dinâmicas de transição entre práticas já consolidadas e iniciativas em desenvolvimento. Já Cajobi representa um contexto de menor porte populacional, no qual os serviços voltados à pessoa idosa assumem características mais comunitárias e com maior proximidade entre equipe técnica e usuários, possibilitando identificar desafios específicos de municípios de pequeno porte.

A seleção combinada dessas três realidades favorece a construção de um panorama comparativo consistente, abrangendo diferentes níveis de estruturação institucional, participação dos idosos e formas de implementação das políticas públicas, o que enriquece a análise e amplia a capacidade interpretativa dos resultados.

1.3 O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL COMO PESQUISADOR

O exercício da pesquisa em Serviço Social não pode ser dissociado à prática profissional, visto que ambas se constituem como dimensões complementares da mesma totalidade. O assistente social, ao investigar uma realidade social, não atua como mero observador externo, mas como sujeito implicado, que compreende a pesquisa como parte de seu compromisso ético-político com a defesa dos direitos humanos e a transformação social.

Segundo Iamamoto (2007), a profissão se caracteriza por atuar nas mediações entre as expressões da questão social e as políticas públicas, buscando intervir nas condições concretas de vida dos sujeitos. Nesse sentido, quando o assistente social se coloca no lugar de pesquisador, ele mobiliza não apenas ferramentas técnicas, mas também seu repertório crítico e histórico, que lhe permite interpretar as falas e vivências para além da aparência imediata.

No presente estudo, essa perspectiva se expressa em diferentes momentos metodológicos. A aplicação dos questionários, por exemplo, não se limitou à coleta mecânica de respostas: tratou-se de uma oportunidade de diálogo, em que os idosos puderam narrar suas memórias e compartilhar experiências que não estavam previamente previstas no roteiro. A postura do assistente social como pesquisador abriu espaço para essas falas, reconhecendo o direito de cada idoso de ser sujeito ativo do processo investigativo.

O diário de campo, igualmente, foi permeado por esse olhar profissional. Nele não foram registrados apenas fatos objetivos, mas também impressões, reflexões e análises críticas construídas a partir do referencial do Serviço Social. Conforme Martinelli (2011), o assistente social-pesquisador deve assumir uma atitude de “escuta sensível e reflexiva”, capaz de apreender a complexidade das interações sociais e das subjetividades em jogo. Dessa forma, cada anotação do diário se configurou como uma produção de conhecimento situada, marcada pela identidade profissional da pesquisadora.

Além disso, o trabalho do assistente social na pesquisa se articula ao projeto ético-político da profissão. O Código de Ética Profissional do Assistente Social (CFESS, 1993) estabelece como princípios fundamentais a defesa intransigente dos direitos humanos, o reconhecimento da liberdade como valor central e o compromisso com a emancipação dos sujeitos sociais. Assim, a condução da pesquisa junto aos idosos respeitou tais diretrizes, assegurando voluntariedade, anonimato e dignidade na participação. O registro das histórias de vida, em especial, foi tratado com cuidado ético, considerando que muitas vezes envolviam lembranças dolorosas ou situações de vulnerabilidade.

O assistente social também desempenha papel relevante na interpretação crítica dos dados. Diferentemente de outras áreas, em que a análise pode tender a uma neutralidade formal, no Serviço Social a leitura dos resultados é sempre contextualizada em relação às determinações históricas, econômicas e sociais que condicionam a vida dos sujeitos. Netto (2011) enfatiza que a profissão se pauta em uma “razão ético-crítica”, que busca compreender a realidade em suas contradições e apontar possibilidades de transformação.

No caso desta pesquisa, isso se traduz, por exemplo, na análise das condições de acesso dos idosos aos serviços. O episódio em Monte Azul Paulista, no qual o transporte público não foi ofertado no horário combinado, obrigando os participantes a caminharem até o CRAS, não foi registrado apenas como dado descritivo. A interpretação crítica permitiu evidenciar como questões estruturais de gestão municipal podem afetar, diretamente, no exercício do direito à convivência e ao envelhecimento ativo. Essa reflexão é típica da atuação do assistente social como pesquisador, que não naturaliza a realidade, mas a compreende como resultado de políticas, escolhas institucionais e condições sociais.

Outro aspecto importante é o reconhecimento de que a pesquisa, no Serviço Social, deve sempre se articular ao fortalecimento da cidadania. Yazbek (2009) ressalta que o assistente social, ao investigar, contribui para dar visibilidade às vozes e experiências historicamente silenciadas, especialmente aquelas dos grupos em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, os relatos de vida dos idosos, sistematizados como “memória social”, não foram tratados como

simples anedotas, mas como testemunhos de trajetórias sociais, que ajudam a compreender tanto conquistas quanto exclusões enfrentadas ao longo da vida.

Dessa forma, o papel do assistente social como pesquisador nesta investigação pode ser sintetizado em três dimensões principais:

- dimensão ético-política: condução da pesquisa em consonância com os princípios do Código de Ética, assegurando respeito, dignidade e protagonismo aos idosos;
- dimensão técnico-metodológica: utilização de instrumentos como questionários, entrevistas e diário de campo de forma crítica, aberta e flexível, favorecendo a emergência de narrativas significativas;
- dimensão crítico-analítica: interpretação dos dados à luz das contradições sociais, reconhecendo as determinações estruturais que condicionam as experiências de envelhecimento, mas também os espaços de resistência, autonomia e criação.

Assim, a presença do assistente social como pesquisador não apenas orientou os procedimentos metodológicos, mas conferiu ao estudo uma identidade própria, que alia rigor científico ao compromisso social. Essa postura garante que os resultados aqui apresentados não sejam meramente descritivos, mas constituam contribuição efetiva para a compreensão e a promoção do envelhecimento ativo em contexto comunitário.

1.4 QUESTÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A pesquisa observou, rigorosamente, os princípios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando o consentimento livre e esclarecido, a preservação do anonimato e o respeito à autonomia dos participantes (Brasil, 2013).

Além disso, como se trata de um estudo com memórias de vida e experiências pessoais, houve cuidado adicional na forma de registro e análise. Relatos de situações delicadas – como perdas familiares, dificuldades financeiras ou lembranças de períodos históricos traumáticos – foram tratados com sensibilidade, evitando qualquer exposição desnecessária.

No campo do Serviço Social, o Código de Ética (CFESS, 1993) orienta que as práticas profissionais, incluindo a produção científica, sejam pautadas no respeito à diversidade, na defesa dos direitos humanos e na promoção da cidadania. Nesse sentido, cada etapa da pesquisa buscou resguardar a integridade dos participantes, compreendendo que suas narrativas

são mais do que dados: constituem-se como expressões de memória social e devem ser tratadas com cuidado e respeito.

Como toda investigação empírica, esta pesquisa também apresenta limitações que precisam ser reconhecidas:

- tempo de campo: as observações e entrevistas ocorreram em períodos delimitados, o que restringiu a possibilidade de acompanhar longitudinalmente os impactos dos serviços;
- número de participantes: embora suficiente para análise qualitativa, o número de idosos entrevistados em cada município não permite generalizações estatísticas;
- dependência logística: fatores como transporte dos idosos e condições de infraestrutura dos serviços influenciaram a dinâmica do campo, como evidenciado em Monte Azul Paulista, quando atrasos no transporte quase comprometeram a realização das atividades;
- subjetividade inerente: como em toda pesquisa qualitativa, há o risco de influência da percepção da pesquisadora na interpretação dos dados, ainda que se tenha buscado minimizar tal risco pela triangulação de instrumentos. O reconhecimento dessas limitações não compromete a validade da pesquisa, mas antes confere maior transparência e rigor científico, ao situar claramente o alcance dos resultados.

1.5 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram convidados a participar da pesquisa, três (3) idosos vinculados aos serviços de convivência dos três municípios, selecionados mediante adesão voluntária. Os grupos apresentaram diversidade quanto ao sexo, idade, estado civil e condições socioeconômicas, refletindo a pluralidade da velhice no interior paulista. Os municípios tiveram liberdade para convidar mais participantes, se julgassem necessário.

Também foram convidados a participar do estudo cinco (5) profissionais que atuam nos serviços (assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores sociais, enfermeiros), a fim de obter diferentes perspectivas sobre o papel das atividades e sobre os impactos percebidos. Todos os participantes receberam informações sobre os objetivos do estudo e deram consentimento livre e esclarecido, conforme recomendações éticas para pesquisas com seres humanos.

Os participantes desta pesquisa foram selecionados por meio de adesão voluntária, após convite realizado nos próprios SCFV durante os encontros semanais. O convite foi feito com apoio das equipes técnicas dos municípios, que explicaram os objetivos da pesquisa e reforçaram que a participação não teria caráter obrigatório, mas se daria apenas mediante interesse pessoal.

Foram incluídos no estudo idosos frequentadores regulares dos serviços, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos. Não foram estabelecidos critérios de exclusão rígidos; contudo, idosos com dificuldades de compreensão das perguntas ou que demonstraram indisposição no momento da entrevista não foram compelidos a responder, respeitando-se seus limites e preservando-se sua dignidade. No total, participaram da pesquisa em Bebedouro: três idosos e cinco profissionais; em Monte Azul Paulista: cinco idosos e quatro profissionais; em Cajobi: cinco idosos e cinco profissionais. Essa diversidade de localidades e perfis contribuiu para garantir maior representatividade do estudo, ainda que não se trate de uma amostra estatisticamente generalizável para o país como um todo, mas significativa para o estado de São Paulo.

1.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi estruturada em três eixos:

a) Questionários orientadores

Aplicados aos idosos e aos profissionais:

- para os idosos: coleta de informações sociodemográficas, percepções sobre o serviço, impacto das atividades em suas rotinas, sentimentos de autonomia, bem-estar e sociabilidade;
- para os profissionais: percepções sobre os objetivos dos serviços, desafios cotidianos, papel do assistente social e contribuições para a promoção do envelhecimento ativo.

b) Entrevistas semiestruturadas

Conduzidas a partir de um roteiro-guia, mas abertas para a livre expressão dos sujeitos. Como lembra Triviños (1987), a entrevista semiestruturada garante comparabilidade entre os discursos e, ao mesmo tempo, possibilita que os participantes ampliem suas falas, revelando aspectos subjetivos e experiências singulares.

c) Diário de campo

Instrumento central da pesquisa. Nele foram registrados:

- descrições das atividades observadas;
- dinâmica das turmas;
- reações e interações espontâneas dos idosos;
- impressões pessoais da pesquisadora enquanto assistente social;
- relatos de vida e memória social trazidos pelos participantes.

O diário não foi tratado apenas como caderno descritivo, mas como espaço reflexivo e interpretativo, no qual o vivido em campo pôde ser ressignificado pela pesquisadora. Constituiu-se em um dos principais instrumentos de coleta de dados desta pesquisa, assumindo função que vai além do mero registro descritivo das atividades observadas. No campo das ciências sociais, o diário é compreendido como um espaço de elaboração reflexiva, em que o pesquisador articula o que vê, sente e interpreta. Segundo Minayo (2012b), na pesquisa qualitativa, o real não se oferece de maneira imediata e “transparente”; cabe ao pesquisador reconstruir sentidos e relações a partir da observação atenta e da interlocução contínua com o campo.

Nesse sentido, o diário de campo foi utilizado como recurso para captar não apenas os fatos objetivos, mas também as impressões subjetivas da pesquisadora, suas emoções e percepções diante das interações observadas. Segundo Geertz (1989), esse exercício aproxima-se daquilo que o autor denomina “descrição densa”, isto é, um esforço para compreender os sentidos culturais das práticas sociais.

No âmbito do Serviço Social, o diário ganha especial relevância, pois possibilita registrar dimensões éticas, relacionais e institucionais que atravessam o cotidiano dos serviços. Martinelli (2011) observa que, para o assistente social pesquisador, o campo não é um espaço neutro, mas permeado por contradições, disputas e potencialidades, que precisam ser problematizadas. Assim, os registros realizados não se limitaram a notas objetivas, mas buscaram evidenciar os processos de convivência, os vínculos sociais e os significados atribuídos pelos idosos às atividades vivenciadas.

A seleção dos municípios para a realização da presente pesquisa fundamentou-se em critérios que visam garantir a diversidade e o retrato fidedigno das informações coletadas, possibilitando assim, que os dados reflitam distintos contextos de atuação dos Centros

Comunitários do Idoso, voltando-se às experiências cotidianas dos profissionais e usuários do serviço.

Os municípios participantes da pesquisa, Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi localizam-se na região interiorana do estado de São Paulo, e são descritos e apresentados no decorrer da metodologia. Estes serão utilizados como um recorte do desenho da realidade do interior de São Paulo, frente ao objeto de estudo.

Os municípios são conhecidos pela pesquisadora; pois há anos a mesma trabalhou na cidade de Cajobi, exercendo a função de assistente social para o departamento municipal, e atualmente trabalha em Bebedouro, também em sua área de formação. Esta informação enfatiza o caráter pessoal e de profundo afeto que a mesma nutre com os profissionais e os atendidos, além do que, enaltece a importância desse olhar para o interior do estado de São Paulo, uma vez que o município vem se destacando no cenário do envelhecimento.

A região do interior paulista é caracterizada por seu perfil demográfico e socioeconômico específico e apresenta-se como um contexto relevante para a investigação das práticas de envelhecimento ativo. Dados do Censo Demográfico de 2022 indicam que o Estado de São Paulo possui um índice de envelhecimento de 66,3, o que significa que há 66,3 idosos para cada 100 crianças, refletindo um processo de envelhecimento populacional significativo. Ainda, de acordo com o Censo, o interior paulista apresenta uma população idosa acima da média em comparação a outras localidades de mesmo porte (IBGE, 2022).

Partindo para o referenciamento nacional, a distribuição da população idosa não é homogênea entre os estados, apresentando concentrações mais elevadas em determinadas regiões. Estados das regiões Sul e Sudeste, por exemplo, tendem a apresentar percentuais maiores de idosos, enquanto regiões Norte e Nordeste ainda possuem uma população mais jovem. A análise dessa distribuição é fundamental para compreender onde há maior demanda por políticas de saúde, lazer, educação e assistência social voltadas para idosos, além de subsidiar estudos que investigam práticas de envelhecimento ativo em diferentes contextos regionais.

A escolha pela pesquisa qualitativa se ancora na compreensão de que o envelhecimento ativo, enquanto processo multifacetado, não pode ser captado apenas por números ou indicadores demográficos. Trata-se de uma experiência atravessada por significados, valores, crenças, memórias e expectativas. Minayo (2012a) lembra que a pesquisa qualitativa se dedica ao universo dos significados e, portanto, é particularmente adequada para fenômenos sociais complexos, nos quais a dimensão subjetiva ocupa lugar central.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa permite ao pesquisador não apenas descrever, mas interpretar as experiências de envelhecimento, considerando os contextos sociais e institucionais nos quais elas se desenvolvem. Concomitante, a pesquisa documental possibilitou o levantamento de dados em fontes secundárias – legislações, políticas públicas, relatórios institucionais e marcos normativos – permitindo situar as narrativas dos sujeitos em diálogo com o aparato legal e político que regula o campo da velhice no Brasil (Gil, 2019).

Assim, o estudo articula duas dimensões: por um lado, a escuta atenta e a observação de campo junto aos idosos e profissionais; por outro, a análise documental que revela a estrutura normativa que dá suporte (ou limita) a efetivação do envelhecimento ativo. Essa triangulação fortalece a validade do estudo, pois aproxima a experiência vivida da dimensão institucional.

A utilização desse instrumento mostrou-se fundamental para captar aspectos que dificilmente emergiriam em questionários ou entrevistas. Durante as atividades em Monte Azul Paulista, por exemplo, observou-se que mesmo diante da intercorrência com o transporte, os idosos não desistiram de comparecer: caminharam até o CRAS ou buscaram caronas com familiares. Esse dado, anotado no diário, ilustra o sentido de pertencimento e compromisso que o serviço de convivência assume em suas vidas.

Da mesma forma, em Bebedouro, ao final das entrevistas, os idosos compartilharam histórias pessoais marcantes que não estavam previstas nos roteiros. Esses relatos foram registrados integralmente no diário, transformando-se em material analítico. O Relato do Idoso A, que destacou como o Centro Dia do Idoso (CDI) preenchia um vazio em seus dias, tornou-se indicativo do papel dos serviços na construção de rotinas significativas. Já o Relato do Idoso C, que valorizava sua autonomia e proatividade, contribuiu para a categoria analítica da autonomia como dimensão do envelhecimento ativo.

Portanto, o diário de campo foi ao mesmo tempo:

- instrumento descritivo, assegurando fidelidade ao contexto;
- ferramenta reflexiva, permitindo que a pesquisadora interpretasse e analisasse as situações;
- fonte de dados empíricos, a partir dos quais emergiram categorias e significados fundamentais para o estudo;

Assim, o diário não apenas complementou os questionários e entrevistas, mas constituiu-se em fonte primária de dados, com densidade e riqueza para sustentar as análises apresentadas.

1.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados seguiu os princípios da análise de conteúdo, conforme proposta clássica de Bardin (2011). Essa técnica, amplamente utilizada em pesquisas qualitativas, possibilita transformar conteúdos descritivos em categorias analíticas, permitindo revelar sentidos latentes por trás das falas e observações.

Segundo Bardin (2011, p. 47), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas sistemáticas que visa “obter, por procedimentos objetivos de descrição, indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens”. Esse processo foi particularmente relevante neste estudo, pois permitiu transformar os registros dispersos dos diários, as falas das entrevistas e as respostas dos questionários em unidades de significado organizadas.

O processo de análise seguiu três etapas:

a) Pré-análise

Nessa fase, foi realizada a leitura flutuante de todo o material produzido: questionários, entrevistas e diários de campo. Essa leitura inicial buscou identificar recorrências, palavras-chave, sentimentos e situações marcantes. Também foi feita a organização do corpus, selecionando os trechos mais relevantes para os objetivos da pesquisa.

b) Exploração do material

Na segunda etapa, os registros foram submetidos à codificação e à categorização temática. Isso significa que cada fala ou anotação foi agrupada em torno de eixos comuns, como:

- autonomia e independência: falas que destacavam a capacidade de realizar atividades diárias, manter hábitos e tomar decisões próprias;
- vínculos sociais e pertencimento: menções à amizade, convivência, apoio entre pares e sentimento de fazer parte de um grupo;
- bem-estar e saúde: referências ao impacto das atividades na saúde física, mental e emocional;
- escolhas e trajetórias de vida: relatos de memórias, decisões e reflexões sobre o passado;

- percepção sobre o papel dos serviços: observações que valorizavam ou criticavam o funcionamento dos serviços de convivência¹.

c) Tratamento dos resultados e interpretação

Na última etapa, as categorias foram interpretadas à luz do referencial teórico do envelhecimento ativo (OMS, 2005) e da literatura do Serviço Social. O objetivo foi compreender como os sentidos produzidos pelos idosos dialogam com as dimensões propostas pela OMS (participação, saúde, segurança e aprendizagem ao longo da vida).

Esse movimento permitiu identificar convergências importantes entre os municípios. Em Bebedouro, por exemplo, a ênfase na autonomia apareceu com clareza nas falas do Idoso C. Já em Monte Azul, os relatos destacaram fortemente os vínculos sociais e a convivência comunitária, sobretudo no episódio em que manifestaram o desejo de que as turmas voltassem a ser unificadas.

Assim, a análise de conteúdo possibilitou revelar que o envelhecimento ativo não se manifesta de forma homogênea, mas se expressa em dimensões diversas, articuladas pelas condições locais e pelas trajetórias de vida dos participantes.

Além da análise de conteúdo aplicada às entrevistas e diários de campo, os dados oriundos dos questionários foram organizados em tabelas comparativas e analíticas, de modo a favorecer tanto a leitura individual de cada município quanto a análise integrada entre eles.

A construção dessas tabelas seguiu três etapas:

- sistematização das respostas: cada pergunta do questionário foi transcrita em linha, enquanto as respostas dos idosos foram organizadas em colunas. Esse procedimento permitiu identificar prontamente os padrões de resposta, bem como possíveis divergências;
- agrupamento em categorias: em seguida, as respostas foram reorganizadas a partir de eixos temáticos previamente definidos (ex.: percepção de saúde, participação em atividades, vínculos sociais, sugestões de melhorias). Essa etapa foi inspirada na proposta de Bardin (2011) de transformar conteúdos brutos em unidades de registro comparáveis;
- cálculo de frequências e proporções: quando as respostas eram objetivas (ex.: “Sim” ou “Não”), procedeu-se ao cálculo de frequências absolutas e relativas

¹ Exemplo: No caso de Monte Azul, os idosos relataram sentir falta quando não compareciam ao CDI, evidenciando a centralidade do espaço para seu bem-estar. Esse dado foi codificado na categoria “pertencimento”.

(%), o que possibilitou dimensionar o grau de concordância entre os participantes. Nos casos de respostas abertas, foram identificados núcleos de sentido recorrentes, que foram posteriormente quantificados em termos de incidência.

A partir desse procedimento, cada município passou a contar com uma tabela analítica própria, na qual se encontram descritas tanto as respostas literais quanto as categorias interpretativas associadas. Posteriormente, as tabelas foram comparadas entre si, permitindo visualizar semelhanças e diferenças no modo como os idosos de cada localidade compreendem e vivenciam o envelhecimento ativo.

No presente estudo, as tabelas comparativas mostraram-se essenciais para organizar o grande volume de respostas e, sobretudo, para evidenciar padrões de convergência entre os municípios. Por exemplo, tanto em Bebedouro quanto em Monte Azul Paulista, observou-se unanimidade na percepção de que a participação no serviço contribui para o bem-estar emocional e para a construção de vínculos sociais. Já em Cajobi, embora as respostas confirmem esses aspectos, destacou-se de modo mais enfático o papel das atividades físicas, o que demonstra uma especificidade local.

Portanto, a elaboração das tabelas analíticas não se restringiu a uma função ilustrativa, mas constituiu parte fundamental da estratégia metodológica, permitindo articular descrição, comparação e interpretação de forma sistemática e coerente com os objetivos da pesquisa.

1.8 DO BRASIL PARA O INTERIOR PAULISTA

Considerando a impossibilidade de realizar a análise comparativa originalmente prevista a partir da coleta direta de dados financeiros junto ao Portal da Transparência da União e SIC, optou-se pela incorporação de dados secundários consolidados, provenientes de órgãos oficiais e de estudos nacionais amplamente reconhecidos. Tal redirecionamento metodológico não fragiliza a investigação; ao contrário, confere maior densidade analítica ao permitir que os municípios investigados sejam situados em um contexto macroestrutural marcado pelo acelerado envelhecimento populacional, pelo subfinanciamento das políticas sociais e pelas desigualdades federativas que atravessam a implementação das políticas públicas no Brasil. A utilização de dados do IBGE, da Fundação Seade, do IPEA e de documentos oficiais do SUAS possibilita compreender o cenário no qual se inserem Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi,

funcionando como pano de fundo analítico para a interpretação dos dados qualitativos produzidos a partir das entrevistas com profissionais que atuam diretamente com a população idosa. Dessa forma, a análise articula níveis distintos da realidade social – o estrutural, o institucional e o cotidiano dos serviços – em consonância com o referencial crítico do Serviço Social.

O Brasil atravessa, nas últimas décadas, um dos processos de envelhecimento populacional mais rápidos de sua história. Dados do IBGE (2023) indicam que, em 1980, aproximadamente 6% da população brasileira possuía 60 anos ou mais, percentual que ultrapassou 15% em 2023, com projeções que apontam para cerca de 30% até 2050. Essa transição demográfica ocorre em um contexto de profundas desigualdades sociais e territoriais, produzindo desafios significativos para a organização e o financiamento das políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde e da assistência social.

No estado de São Paulo, esse processo apresenta características ainda mais acentuadas. Segundo a Fundação Seade (2023), a população idosa representa cerca de 17,5% do total estadual, com distribuição desigual entre os territórios. Nas regiões que englobam os municípios de Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi, os percentuais de pessoas idosas superam as médias estadual e nacional, configurando um território que já vivencia de forma concreta os impactos do envelhecimento avançado. Bebedouro apresenta aproximadamente 17,8% de sua população composta por idosos; Monte Azul Paulista, cerca de 19,5%; e Cajobi, aproximadamente 21%. Esses dados evidenciam a centralidade da temática do envelhecimento para a realidade local e reforçam a necessidade de políticas públicas estruturadas, contínuas e financeiramente sustentáveis.

A incorporação de dados secundários permitiu avançar para além da descrição demográfica, possibilitando a construção de aproximações analíticas que evidenciam a dissociação estrutural entre o crescimento da população idosa e a evolução do financiamento público das políticas sociais. Embora tais dados não permitam mensurações exatas do investimento por indivíduo, sua organização comparativa oferece indicadores sintéticos relevantes para compreender tendências, limites e contradições da política pública no contexto brasileiro.

A Tabela 1 apresenta uma aproximação comparativa entre a evolução da população idosa no Brasil e o volume dos repasses federais destinados ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em valores reais, no período recente.

Tabela 1 – Crescimento da população idosa e evolução do financiamento federal do SUAS (Brasil, 2010-2022)

Ano	População Idosa	Repasse Federais SUAS (R\$ bilhões)	Tendências
2010	10,8%	3,1	Expansão
2014	13,2%	3,4	Pico de Financiamento
2018	14,7%	2,6	Início da retração
2020	15,1%	2,2	Queda acentuada
2022	15,8%	2,1	Estagnação em patamar inferior

Fonte: Elaborada pela autora (2026), com base em Censo (IBGE, 2010; 2022), PNAD (2014); MDS/FNAS (SUASWeb Cons/Parcelas Pagas; Extração Fundo a Fundo – planilhas anuais); IPEA (Boletim Políticas Sociais: acompanhamento e análise, 2010-2022).

A leitura articulada desses dados revela uma contradição estrutural: enquanto a população idosa cresce de forma contínua e acelerada, os repasses federais destinados à assistência social apresentam retração real a partir de 2014. Tal descompasso compromete a capacidade do Estado de responder às demandas emergentes do envelhecimento populacional, deslocando para os municípios a responsabilidade de absorver uma pressão crescente sobre os serviços, sem a correspondente ampliação do financiamento.

No que se refere especificamente à política do idoso, a fragilidade do financiamento torna-se ainda mais evidente quando se observa o orçamento do Fundo Nacional do Idoso. A partir de dados disponíveis no Portal da Transparência da União, foi possível construir uma estimativa analítica do investimento público federal anual por pessoa idosa, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Estimativa de investimento público federal por pessoa idosa (Brasil, 2023)

Indicador	Valor aproximado
Orçamento autorizado do Fundo Nacional do idoso (2023)	R\$ 3.030.000
População idosa no Brasil	32 milhões
Investimento federal anual estimado por idoso	R\$ 0,09

Fonte: Elaborada pela autora (2026), com base em Portal da Transparência (2023)² e IBGE (2023).

Ainda que se trate de uma aproximação analítica, os dados evidenciam a dimensão material da fragilidade da política nacional do idoso. Um investimento anual inferior a um real por pessoa idosa indica que o Fundo Nacional do Idoso possui caráter predominantemente normativo e simbólico, sendo incapaz de induzir políticas públicas estruturantes ou reduzir desigualdades territoriais de forma significativa.

² 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: 20 jan. 2026.

No âmbito subnacional, a inexistência de dados públicos plenamente desagregados exigiu a adoção de uma estimativa proporcional baseada na distribuição da população idosa e no volume nacional de recursos declarados aos Fundos dos Direitos da Pessoa Idosa. Na Tabela 3 apresenta-se uma estimativa comparativa do investimento médio anual por idoso nas unidades da federação.

Tabela 3 – Estimativa de investimento anual por pessoa idosa segundo unidades da federação (Brasil)

Estado	População idosa estimada	Recursos estimados dos FDI's (R\$ milhões)	Investimento médio anual por idoso (R\$)
São Paulo	7.000.000	40,0	5,70
Minas Gerais	3.200.000	18,0	5,60
Rio de Janeiro	2.800.000	15,5	5,50
Rio Grande do Sul	2.300.000	13,0	5,65
Paraná	2.100.000	11,5	5,45
Santa Catarina	1.400.000	7,8	5,55
Bahia	2.200.000	8,5	3,85
Pernambuco	1.600.000	6,0	3,75
Ceará	1.500.000	5,5	3,65
Demais estados (média)	-	-	2,50 a 4,00

Fonte: Elaborada pela autora (2026), com base em IBGE (2023) e Receita Federal do Brasil (2023).

Embora baseados em estimativas esses dados evidenciam desigualdades territoriais significativas. Estados com maior capacidade econômica concentram maiores volumes de recursos, enquanto regiões com menor arrecadação enfrentam limitações estruturais para financiar políticas voltadas à população idosa. Municípios de pequeno porte, como Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi, inserem-se nesse cenário de forma particularmente vulnerável, uma vez que apresentam elevados percentuais de população idosa e reduzida capacidade de captação de recursos.

Esses achados dialogam diretamente com os dados qualitativos da pesquisa, nos quais as profissionais relatam dificuldades cotidianas relacionadas à escassez de recursos, como listas de espera, insuficiência de equipamentos, equipes reduzidas, falta de transporte adaptado e limitações na continuidade das atividades. Assim, ainda que a coleta direta dos dados financeiros não tenha sido executada, a análise baseada em dados secundários consolidados permite compreender os condicionantes estruturais que atravessam a prática profissional e limitam a efetivação do envelhecimento ativo como direito social.

Em síntese, a adoção de dados secundários e de aproximações analíticas mostrou-se metodologicamente adequada para evidenciar as contradições centrais entre a dinâmica demográfica do envelhecimento e o financiamento das políticas públicas no Brasil. Ao articular crescimento da população idosa, retração dos repasses federais, fragilidade dos fundos

específicos e desigualdades federativas, este capítulo contribui para situar os municípios investigados em um cenário estrutural mais amplo, no qual os limites do financiamento público condicionam as possibilidades concretas de promoção do envelhecimento ativo. Tal abordagem reforça a coerência entre método e objeto, ao mesmo tempo em que confere maior densidade crítica à análise, evidenciando que os desafios enfrentados no âmbito local não decorrem de falhas isoladas de gestão, mas de um modelo de política social marcado por insuficiência de recursos, instabilidade orçamentária e profunda desigualdade territorial.

A Região Norte do Brasil apresenta uma proporção de idosos significativamente menor em comparação às demais regiões do país, o que pode ser explicado por uma combinação de fatores demográficos, sociais e econômicos. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), em 2024, os idosos representavam apenas 11,1% da população da região, enquanto no Sudeste esse percentual alcançava 17,9% e no Sul 17,3% (IBGE, 2024, 2025). Em contrapartida, a população jovem é predominante no Norte: cerca de 41,7% dos habitantes têm menos de 24 anos, proporção muito superior às registradas no Sudeste (31,6%) e no Sul (32,2%), o que reforça a manutenção de uma estrutura etária mais jovem (Lemgruber, 2025).

O Censo Demográfico de 2022 confirma essa tendência, mostrando que 25,2% da população nortista ainda se encontra na faixa etária de até 14 anos, enquanto estados como Roraima figuram entre aqueles com menores percentuais de idosos no país (CNN Brasil, 2023). Esse perfil demográfico está diretamente associado à elevada taxa de natalidade da região.

Em 2023, o Norte registrou a maior taxa do país, com 15,32 nascimentos por mil habitantes, superando a média nacional de 11,98 (FAPESPA, 2024). Ao mesmo tempo, a expectativa de vida ao nascer é inferior à observada nas regiões Sul e Sudeste. Em 2023, o indicador para o Norte foi de 75,67 anos, contra 77,12 no Sul e 76,65 no Sudeste (FAPESPA, 2024). Essa diferença, ainda que aparentemente pequena, impacta diretamente na proporção de idosos, pois reflete condições de saúde mais frágeis, menor acesso a serviços especializados, déficits em saneamento básico e desigualdades sociais persistentes (IBGE, 2023).

Outro aspecto relevante diz respeito aos fluxos migratórios e ao desenvolvimento socioeconômico. Historicamente, a Região Norte atraiu fluxos populacionais de jovens em busca de oportunidades de trabalho, desde os ciclos econômicos associados à borracha até os mais recentes movimentos de migração interna e internacional, em idade produtiva.

Essa dinâmica contribui para reforçar a concentração de pessoas jovens, ao mesmo tempo em que a menor longevidade relativa reduz a presença de idosos no conjunto populacional.

Portanto, a baixa proporção de idosos no Norte brasileiro decorre da interação entre uma estrutura etária jovem, elevadas taxas de natalidade, expectativa de vida inferior às demais regiões e processos socioeconômicos e migratórios que mantêm a pirâmide populacional menos envelhecida. Em contraste, regiões como o Sudeste e o Sul, marcadas por maior urbanização, desenvolvimento econômico e longevidade, apresentam percentuais mais expressivos de idosos e uma tendência mais acelerada ao envelhecimento populacional.

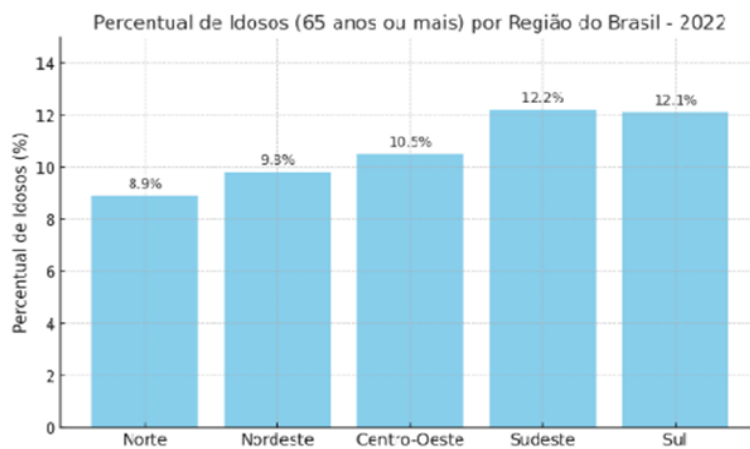
A Região Nordeste apresenta uma dinâmica intermediária no processo de envelhecimento populacional brasileiro, situando-se entre as regiões mais envelhecidas (Sul e Sudeste) e as de estrutura etária mais jovem (Norte). Segundo o Censo Demográfico de 2022, os idosos representam aproximadamente 14,8% da população nordestina, percentual superior ao da Região Norte, mas ainda inferior à média nacional (IBGE, 2024).

Esse cenário reflete transformações socioeconômicas importantes ocorridas nas últimas décadas, como a redução gradual da taxa de fecundidade, a melhoria das condições sanitárias e de acesso à saúde, e o aumento da expectativa de vida, que alcançou cerca de 75,9 anos em 2023 (FAPESPA, 2024; SEADE, 2023). Apesar desses avanços, o Nordeste ainda enfrenta profundas desigualdades territoriais, especialmente entre zonas urbanas e rurais, o que impacta diretamente na qualidade do envelhecimento. Estados como Bahia, Pernambuco e Ceará concentram os maiores contingentes de idosos da região, enquanto áreas interioranas de menor dinamismo econômico apresentam níveis mais baixos de longevidade e maior vulnerabilidade social. Além disso, fluxos migratórios históricos – marcados pela saída de jovens em busca de oportunidades nas regiões Sudeste e Centro-Oeste – contribuíram para alterar a composição etária local, ampliando o peso relativo da população idosa em alguns territórios.

Assim, o envelhecimento no Nordeste ocorre em um contexto de fragilidades estruturais, mas também de resistência social, em que a presença dos idosos assume papel central nas redes familiares, na economia doméstica e na transmissão de saberes culturais.

Em contrapartida, as regiões Sul e Sudeste concentram os maiores percentuais de idosos no Brasil, fenômeno que pode ser explicado pela combinação de fatores demográficos, históricos e socioeconômicos, que favoreceram tanto o envelhecimento populacional quanto o aumento da expectativa de vida. Segundo o Censo Demográfico de 2022, o Rio Grande do Sul, o Rio de Janeiro e Minas Gerais figuram entre os estados com maior proporção de pessoas idosas, com percentuais que variam entre 17% e 20% do total da população (IBGE, 2024; CNN Brasil, 2023). Esses dados contrastam fortemente com as regiões Norte e Nordeste, onde a presença de idosos ainda é menos expressiva.

Gráfico 1 – Percentual de idosos por regiões brasileiras



Fonte: Elaborado pela autora (2026), com base em IBGE (2022).

Um dos principais fatores explicativos para esse quadro é a maior longevidade alcançada pela população residente nessas regiões. Em 2023, a expectativa de vida ao nascer foi de 77,1 anos no Sul e 76,6 anos no Sudeste, índices superiores à média nacional de 76,3 anos e à registrada no Norte (75,7 anos) (FAPESPA, 2024). Essa diferença se relaciona com condições históricas de urbanização, melhor estrutura de saúde pública e privada, maior cobertura de saneamento básico e menor incidência de doenças transmissíveis, elementos que contribuem para reduzir a mortalidade e ampliar os anos de vida.

Além da maior longevidade, é relevante destacar que as regiões Sul e Sudeste experimentaram, desde meados do século XX, uma queda acelerada das taxas de fecundidade, associada a processos de industrialização e urbanização precoce. A redução no número de filhos por mulher contribuiu para o estreitamento da base da pirâmide etária, ao mesmo tempo em que o avanço tecnológico e médico prolongou a sobrevivência em idades avançadas, favorecendo um perfil populacional mais envelhecido (Lemgruber, 2025).

Outro aspecto fundamental refere-se ao desenvolvimento socioeconômico. O Sul e o Sudeste concentram os maiores índices de escolarização, renda e cobertura previdenciária do país, fatores que têm impacto direto na melhoria das condições de saúde e na ampliação da longevidade. Soma-se a isso a baixa intensidade migratória de jovens em direção a outras regiões, o que preserva o contingente populacional idoso local. Em contrapartida, o retorno de idosos migrantes – especialmente no Sudeste, região historicamente receptora de fluxos migratórios – também contribui para o aumento da presença dessa população.

Assim, o elevado percentual de idosos no Sul e no Sudeste resulta de uma conjunção de fatores: maior expectativa de vida, melhores condições socioeconômicas, urbanização precoce, redução mais rápida da fecundidade e processos migratórios favoráveis. Esses

elementos explicam por que essas regiões, diferentemente do Norte e Nordeste, apresentam não apenas uma população idosa mais numerosa, mas também tendências mais aceleradas de envelhecimento populacional.

O estado de São Paulo apresenta um perfil demográfico caracterizado por um envelhecimento populacional acentuado, tanto na capital quanto nas cidades do interior.

Em 2023, a expectativa de vida no estado atingiu 77,2 anos, marcando um recorde histórico e refletindo avanços significativos nas condições de saúde e qualidade de vida da população paulista (Jornal da USP, 2023). Esse aumento é resultado de décadas de investimentos em infraestrutura, acesso a serviços de saúde e políticas públicas voltadas para o bem-estar da população.

A diminuição da taxa de fecundidade também contribuiu para esse cenário. Entre 2000 e 2023, a taxa de fecundidade no estado de São Paulo caiu 27%, passando de 2,08 para 1,52 filhos por mulher, evidenciando uma tendência de redução no número de nascimentos (Jornal da USP, 2023). Esse fenômeno está relacionado a fatores, como maior escolaridade das mulheres, inserção no mercado de trabalho e acesso a métodos contraceptivos, que possibilitaram um planejamento familiar mais consciente e controlado.

No interior do estado, o envelhecimento populacional se manifesta de forma ainda mais pronunciada. Municípios localizados na região oeste paulista, como Turmalina, apresentam índices de envelhecimento superiores a 200 idosos para cada 100 jovens, indicando uma estrutura etária significativamente mais envelhecida (SEADE, 2023). Esse quadro é resultado de processos históricos de migração, onde jovens em busca de melhores oportunidades de trabalho migraram para centros urbanos, deixando para trás uma população predominantemente idosa.

Além disso, a migração interna também desempenha um papel importante nesse processo. O interior paulista tem se tornado um destino para idosos que buscam qualidade de vida, menor custo de vida e proximidade com a natureza. Esse movimento é facilitado por melhorias na infraestrutura de transporte e comunicação, que permitem uma maior mobilidade e conectividade entre as regiões (SEADE, 2023).

Em síntese, o envelhecimento populacional no estado de São Paulo, especialmente no interior, é resultado de uma combinação de fatores históricos, sociais e econômicos. A melhoria nas condições de vida, a diminuição das taxas de fecundidade e os fluxos migratórios internos contribuíram para a formação de uma população mais envelhecida, exigindo adaptações nas políticas públicas para atender às necessidades dessa faixa etária.

Nesse sentido, na Tabela 4 a seguir apresenta-se o percentual de pessoas com 65 anos ou mais em cada estado brasileiro, com base nos dados mais recentes do Censo Demográfico 2022. A visualização desses dados permite identificar regiões com maior concentração de população idosa, destacando áreas que podem servir como foco de pesquisa e planejamento de políticas públicas. Essa análise é especialmente relevante para estudos acadêmicos que buscam compreender a distribuição etária e suas implicações sociais, econômicas e culturais no Brasil contemporâneo.

Tabela 4 – Percentual de idosos dos estados **brasileiros**

Estado	Percentual de Idosos (65 anos ou mais)
Alagoas	8,2%
Amazonas	7,3%
Bahia	8,8%
Ceará	8,3%
Espírito Santo	10,3%
Goiás	9,1%
Maranhão	7,1%
Mato Grosso	8,0%
Minas Gerais	10,3%
Pará	7,2%
Paraíba	8,3%
Paraná	11,6%
Pernambuco	8,2%
Piauí	7,6%
Rio de Janeiro	11,3%
Rio Grande do Norte	8,0%
Rio Grande do Sul	11,9%
Rondônia	7,5%
Roraima	6,3%
Santa Catarina	11,8%
São Paulo	11,2%
Sergipe	8,1%
Tocantins	7,3%

Fonte: Elaborada pela autora (2026), com base em IBGE (2022).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo procurou-se elaborar uma síntese da literatura disponível sobre o tema, percorrendo o espaço internacional e nacional, destacando internamente os principais movimentos que culminaram na discussão sobre o tema, bem como na adoção de legislação pertinente, que apesar de extensa ainda tem longo caminho a ser percorrido no que tange às suas práticas e resultados.

O objetivo foi realizar incursão histórica sobre a construção social da velhice, destacando os principais marcos e transformações que contribuíram para a conformação das representações e dos sentidos atribuídos ao envelhecer ao longo do tempo. Parte-se da compreensão de que as concepções sobre a velhice não são naturais ou estáticas, mas sim resultantes de processos históricos, econômicos, culturais e sociais, que moldaram as formas como diferentes sociedades percebem, tratam e integram seus sujeitos idosos.

Para tanto, o texto percorreu diferentes períodos históricos, desde as sociedades da Antiguidade, passando pela Idade Média, pela modernidade e chegando aos impactos do capitalismo industrial e do mundo contemporâneo. Buscou-se evidenciar como, em cada contexto, as condições materiais, os modelos econômicos e as estruturas sociais impactaram diretamente nas formas de inserção – ou de exclusão – da pessoa idosa na vida social, econômica e política. Nesse percurso foram também destacados os marcos institucionais e normativos que, especialmente a partir do século XX, passaram a reconhecer o envelhecimento como uma questão de direitos humanos e de justiça social.

Abordou o papel estratégico do Serviço Social no campo do envelhecimento ativo, destacando sua importância para a efetivação dos direitos da pessoa idosa e para o enfrentamento das desigualdades que marcam essa etapa da vida. A atuação profissional do assistente social configura-se como uma interface fundamental entre os sujeitos, as instituições e as políticas públicas, contribuindo para a construção de respostas sociais que promovam a autonomia, o fortalecimento dos vínculos sociais e o empoderamento dos idosos. A mediação, nesse contexto, ultrapassa a simples operacionalização de programas e serviços, consolidando-se como uma prática crítica, propositiva e historicamente situada.

Além disso, o presente segmento da pesquisa enfatiza a fundamentação teórica e ética, que orienta a prática do Serviço Social junto à população idosa, especialmente, sob a perspectiva dos direitos humanos e das abordagens humanistas. Tal perspectiva valoriza a relação dialógica entre indivíduo e sociedade, privilegiando a autonomia, o bem-estar e a responsabilidade social como elementos centrais da intervenção profissional.

Por fim, dialogou com as transformações sociais contemporâneas e os riscos que emergem para aqueles que não se enquadram nos modelos sociais hegemônicos. A partir da perspectiva das relações entre identidade, trabalho e vulnerabilidade, evidenciando os desafios que o envelhecimento impõe em contextos sociais marcados por desigualdades estruturais. Assim, a mediação do Serviço Social se apresenta como uma ferramenta imprescindível para enfrentar esses desafios e promover uma sociedade mais justa e inclusiva para todas as idades.

Dessa forma, a análise proposta visou não apenas compreender os processos históricos que incidiram sobre a construção social da velhice, mas também refletir sobre como esses elementos fundamentam, na contemporaneidade, a emergência do conceito de envelhecimento ativo. Trata-se de reconhecer que o enfrentamento dos estigmas, das desigualdades e das violações de direitos que incidem sobre a população idosa pressupõe uma leitura crítica das heranças históricas que ainda permeiam as práticas sociais, as políticas públicas e as relações intergeracionais.

A incorporação do protocolo de atuação do Serviço Social na promoção do envelhecimento ativo ao presente capítulo não apenas enriquece a abordagem teórica aqui desenvolvida, como também oferece uma dimensão prática e aplicável aos conteúdos discutidos. Ao longo deste capítulo, buscou-se refletir sobre os desafios e possibilidades da intervenção profissional junto à população idosa, com base em uma perspectiva crítica e comprometida com os direitos humanos. Nesse sentido, o protocolo elaborado consolida os fundamentos apresentados, ao sistematizar ações e estratégias coerentes com o projeto ético-político do Serviço Social e com as diretrizes da Política Nacional do Idoso, do Estatuto do Idoso e da OMS.

Além de facilitar a operacionalização das ações, o protocolo reafirma a centralidade da pessoa idosa como sujeito de direitos e evidencia a importância de práticas planejadas, intersetoriais e comprometidas com a autonomia, a participação e o bem-estar na velhice. Dessa forma, ele contribui para materializar, no cotidiano profissional, os princípios do envelhecimento ativo, conforme debatidos ao longo do texto, oferecendo uma ferramenta que fortalece a articulação entre teoria e prática – elemento essencial para o enfrentamento das desigualdades que perpassam o processo de envelhecimento no Brasil.

2.1 PROCESSO HISTÓRICO SOBRE A VELHICE: MARCOS E CONQUISTAS

O fenômeno do envelhecimento, concebido como processo biológico, social e histórico, simultaneamente, configura-se como um dos principais desafios das sociedades contemporâneas, especialmente no contexto de aceleradas transformações demográficas.

O expressivo crescimento da população idosa, tanto em âmbito global quanto nacional, impõe a necessidade de respostas efetivas não apenas no campo das políticas públicas, mas também na reconstrução das concepções sociais sobre a velhice e o envelhecer. Nesse cenário, ganha centralidade o conceito de envelhecimento ativo, entendido como uma diretriz orientada à promoção dos direitos, da autonomia, da participação e da valorização da pessoa idosa enquanto sujeito de direitos e de sua própria história.

Historicamente, a compreensão social da velhice esteve marcada por estigmatizações e processos de exclusão, frequentemente associando-se esta fase da vida à improdutividade, à dependência e ao declínio. Tais representações encontram sustentação nas lógicas capitalistas que atribuem valor ao indivíduo a partir de sua capacidade produtiva, relegando os sujeitos idosos à invisibilidade social. Contudo, especialmente a partir da segunda metade do século XX, observa-se a emergência de novos paradigmas, impulsionados por marcos internacionais e pela atuação de organismos multilaterais, que passaram a incorporar, em suas agendas, a concepção de envelhecimento como um processo que deve ser vivido de forma ativa, saudável e socialmente integrada, ressignificando, assim, o lugar social da velhice.

Diante desse contexto, o Serviço Social se insere como profissão estratégica, comprometida ética e politicamente com a defesa dos direitos humanos, da justiça social e da inclusão de grupos marginalizados, entre os quais se encontram as pessoas idosas. Desse modo, apreender as determinações históricas e socioculturais que forjaram as representações sobre a velhice e que incidem, diretamente, na construção do conceito de envelhecimento ativo, constitui-se como um imperativo teórico e metodológico para a intervenção profissional crítica. Trata-se, portanto, de compreender o envelhecimento não como um processo isolado, mas como expressão das múltiplas mediações presentes na sociedade, o que demanda a construção de práticas e políticas sociais capazes de enfrentar as expressões do etarismo, da segregação e da negação dos direitos da pessoa idosa, na perspectiva de uma sociedade democrática, inclusiva e intergeracional.

O conceito de envelhecimento ativo passou por uma transformação gradual ao longo da história, acompanhando mudanças sociais, econômicas e políticas. Esse conceito reflete a ideia de que as pessoas idosas são sujeitos ativos na sociedade, com o direito de manter

autonomia, saúde e participação ao longo de toda a vida. Porém, ao longo da história constata-se que o envelhecimento, em sua grande maioria, é um período da vida em que o indivíduo se torna um objeto incompreendido, e não aceito genuinamente, pelo modelo de sociedade atual.

A construção do conceito de envelhecimento ativo foi forjada por um conjunto de marcos internacionais, produzidos por organismos multilaterais que, a partir da segunda metade do século XX, passaram a considerar o envelhecimento populacional como uma questão prioritária de direitos humanos, desenvolvimento sustentável e justiça social.

Fazendo um breve recorte histórico de tempos antigos, na Grécia antiga, filósofos como Sócrates, Platão e Aristóteles discutiam o papel da velhice na sociedade. Enquanto alguns a viam como um período de declínio, outros a consideravam uma fase de reflexão e transmissão de conhecimento. Os anciãos participavam da vida política e eram respeitados por sua experiência.

Na Roma antiga, havia uma divisão entre os idosos ricos e os pobres. Enquanto os primeiros podiam se dedicar ao lazer e à filosofia, os outros, muitas vezes, continuavam trabalhando até a morte. A figura do “Senado” romano (do latim *Senex*, que significa “velho”) demonstra a importância dos anciãos nas decisões políticas (Ernout; Meillet, 2001). Este fenômeno faz parte de um processo histórico, o qual moldou a formação sociocultural de como se compreende a velhice.

Nos períodos da Antiguidade e da Idade Média, a velhice era, frequentemente, associada à dependência e ao declínio físico. Naquele período, os idosos eram respeitados por sua experiência, mas sua participação ativa na sociedade era limitada, especialmente nas esferas econômica e política (Huizinga, 1980). Conforme Ariès (1981), a visão da velhice na Idade Média estava associada ao campo religioso, onde monges e sacerdotes ocupavam um lugar de respeito, enquanto os trabalhadores rurais e urbanos envelheciam em condições precárias, diante de uma expectativa de vida muito baixa. A economia agrária valorizava o trabalho físico, o que naturalmente excluía os mais velhos à medida que envelheciam. Mesmo assim, o cuidado com os idosos era, em grande parte, responsabilidade da família ou das instituições religiosas, que buscavam garantir os seus mínimos essenciais básicos.

Simone de Beauvoir (1990), em “A velhice”, destaca que a marginalização dos idosos é reflexo direto de uma sociedade que valoriza o “fazer” em detrimento do “ser”. Para a autora, o envelhecimento é marcado por um processo de exclusão simbólica, em que os sujeitos são destituídos de reconhecimento social ao perderem sua função produtiva. Essa análise é complementada por Elias (2001), que em “A solidão dos moribundos”, denuncia a forma como

a modernidade oculta a morte e o envelhecimento, afastando os velhos do convívio social e institucionalizando-os em espaços segregados, como asilos e hospitais.

Com a Revolução Industrial, no século XIX, a situação dos idosos se agravou, principalmente nas áreas urbanas. A pobreza e a exploração laboral geraram uma realidade de maior vulnerabilidade, uma vez que muitos não conseguiam acompanhar as exigências físicas do trabalho industrial. Esse período foi marcado pelo aumento das disparidades sociais e pela marginalização dos mais velhos, que muitas vezes se viam sem recursos para sobreviver.

Foi no século XX, especialmente após as grandes guerras, que começaram a surgir as primeiras iniciativas de políticas públicas de seguridade social. Embora o foco dessas políticas fosse, ainda, assistencialista, como na garantia de aposentadorias e assistência médica, esse movimento representou um primeiro passo na tentativa de garantir dignidade e segurança social. Algum tempo após, em meio às discussões e lutas políticas, o termo “envelhecimento ativo” começou a ser amplamente discutido a partir da década de 1980.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) incorporou esse conceito em sua agenda, sugerindo que a velhice poderia ser uma fase da vida em que os indivíduos permanecem fisicamente ativos, socialmente envolvidos e com autonomia. A ideia era romper com o estigma da dependência e mostrar que os idosos podem e devem continuar a contribuir para a sociedade, seja em atividades econômicas, culturais, políticas ou sociais.

Em 1982, a Primeira Conferência Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Viena, foi um marco importante. Essa conferência destacou que o envelhecimento não deveria ser visto não apenas como uma questão de saúde pública, mas também, como uma questão de direitos e qualidade de vida. Nessa conferência, começou a ser discutido que a participação ativa dos idosos nas esferas sociais, econômicas e culturais deveria ser promovida, e não apenas, o cuidado físico ou assistencial. Ela resultou no Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, cujo foco estava na proteção dos direitos dos idosos, especialmente em áreas como saúde, segurança econômica, habitação e participação social. Embora ainda influenciada por uma lógica assistencialista, a conferência de Viena representou uma mudança de perspectiva, reconhecendo que o envelhecimento deveria ser abordado de forma transversal, abrangendo dimensões econômicas, sociais e culturais. Também ressaltou a necessidade de os idosos serem incluídos no desenvolvimento e no planejamento de políticas públicas.

Em 1991 foi instituído pela ONU um marco normativo fundamental para a consolidação dos direitos da pessoa idosa em âmbito global, a Declaração de Política e o Plano Internacional sobre o Envelhecimento. A Declaração teve como objetivo:

- estabelecer princípios universais para orientar os países na criação de políticas públicas voltadas à população idosa;
- estimular o reconhecimento do envelhecimento como um processo que deve ser protegido por direitos;
- romper com a visão da velhice apenas como fase de dependência e carência.

A ONU (1991) elencou cinco principais categorias para moldar visão integradora da velhice, as quais são: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade. Esse documento foi um divisor d'águas para as políticas de envelhecimento, pois trouxe à cena internacional a ideia de velhice com cidadania, afirmando que os direitos das pessoas idosas são direitos humanos, e não favores. Além de reforçar o papel do Estado e da sociedade na garantia da dignidade e do bem-estar.

Esses princípios influenciaram diretamente a criação de legislações e políticas em diversos países, como o Estatuto do Idoso no Brasil (Brasil, 2003), a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994), e reforçaram a ideia de envelhecimento ativo como direito, não como privilégio. A ideia do envelhecimento ativo começou a ser formalizada na Declaração de Madrid sobre o Envelhecimento, em 2002, promovida pela Organização Mundial de Saúde – OMS, trouxe força e consolidou o conceito de envelhecimento ativo.

Esse evento consolidou a virada paradigmática em relação ao envelhecimento, com a aprovação do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, focado em três eixos fundamentais:

- inclusão das pessoas idosas no processo de desenvolvimento;
- promoção da saúde e bem-estar na velhice;
- criação de ambientes propícios e inclusivos para todas as idades.

Diferente de Viena, Madri introduziu a abordagem de direitos humanos no envelhecimento e passou a considerar as desigualdades sociais, de gênero e étnico-raciais como determinantes fundamentais da velhice. Foi nesse contexto que se reforçou a ideia de que políticas públicas deveriam atuar de maneira integrada para garantir autonomia, participação e proteção social. No mesmo ano da conferência de Madri, a Organização Mundial da Saúde publicou o documento “Active ageing: a policy framework” (WHO, 2002), no qual definiu oficialmente o conceito de envelhecimento ativo, como sendo o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

A política da OMS amplia a noção de saúde, indo além da ausência de doença, e inclui aspectos sociais e ambientais, sendo fundamental para o desenho de políticas públicas no Brasil e no mundo.

A mais recente e abrangente estratégia internacional voltada ao envelhecimento é a Década do Envelhecimento Saudável, proposta pela OMS e endossada pela ONU, em 2020. Essa iniciativa visa coordenar ações globais nos seguintes pilares:

- combate ao idadismo (preconceito contra a velhice);
- ambientes amigáveis às pessoas idosas;
- cuidados integrados e de longo prazo centrados na pessoa;
- acesso a serviços e suporte de qualidade (ONU, 2020).

Essa estratégia reconhece a interdependência entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e o envelhecimento populacional, ao afirmar que sociedades inclusivas devem garantir qualidade de vida em todas as fases da existência.

A incorporação progressiva do envelhecimento ativo nas agendas internacionais impulsionou transformações significativas também no cenário nacional. O Brasil, enquanto signatário dos principais documentos e conferências promovidos pela ONU e OMS, passou a alinhar suas políticas públicas às diretrizes globais que defendem a autonomia, a participação e a dignidade na velhice.

A partir da década de 1990, o país avançou na elaboração de marcos legais importantes, como a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994), o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006), consolidando o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito de direitos. Esses instrumentos refletem o esforço de adaptação dos compromissos internacionais à realidade brasileira, ainda marcada por desigualdades estruturais, e representam um avanço na institucionalização da proteção social voltada à população idosa.

Nesse contexto, torna-se fundamental analisar como essas políticas vêm sendo implementadas, seus impactos e os desafios para a efetivação do envelhecimento ativo como um direito no Brasil, os quais serão explanados a seguir.

2.2 POLÍTICAS NACIONAIS PÚBLICAS, DE SAÚDE E DE ENVELHECIMENTO ATIVO

As políticas públicas materializam disputas históricas e escolhas sociais sobre quem será protegido, por quais meios e com quais prioridades. No campo do envelhecimento, analisar a trajetória de leis, conselhos, programas e movimentos sociais permite compreender como a pessoa idosa foi sendo reconhecida como sujeito de direitos e como esse reconhecimento se traduz (ou não) em garantias concretas no cotidiano. Assim, este capítulo recupera marcos institucionais e processos políticos que estruturaram a proteção social voltada à velhice no Brasil, destacando seus avanços, contradições e limites para a efetivação do envelhecimento ativo

Nesse sentido, é possível analisar as políticas públicas levando em conta o contexto histórico, social, político e econômico. Portanto, é crucial prestar atenção à formação histórica dessas políticas voltadas a pessoas com 60 anos ou mais, a fim de entender como foram formuladas, e quais as repercussões para garantir os direitos da população idosa. Assim, esta tese se propõe a ressaltar eventos políticos de diversas décadas, como a promulgação de legislações, a formação de conselhos e o surgimento de movimentos sociais, que ajudam a refletir sobre a ascensão de determinadas práticas governamentais, conceitos e relações entre instituições, indivíduos e a sociedade, no que se refere ao envelhecimento.

Um dos maiores propósitos desta pesquisa é compreender a importância da categoria “idoso” no âmbito das políticas públicas no Brasil. Com a implementação da Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso, essa categoria, especialmente, ganhou destaque e agregou outras definições, tanto no plano legal quanto político, quanto no sentido de formar sujeitos de direito. Seguindo essa perspectiva, visa-se compreender como as políticas públicas moldam indivíduos e formas de envelhecer, ao mesmo tempo em que são influenciadas por esses mesmos indivíduos.

2.2.1 Envelhecimento e Políticas de Saúde e o SUS

Neste subcapítulo, discute-se como o envelhecimento populacional reconfigura as demandas no campo da saúde e impõe ao Estado a construção de respostas contínuas, integrais e territorializadas. No âmbito do SUS, isso significa articular promoção da saúde, prevenção, cuidado e reabilitação, considerando determinantes sociais que atravessam renda, moradia, acesso à informação, vínculos familiares e mobilidade. Por essa razão, as políticas de saúde voltadas à pessoa idosa precisam ultrapassar intervenções fragmentadas, incorporando estratégias que sustentem autonomia e participação social ao longo do tempo.

A formulação de políticas de saúde voltadas ao envelhecimento deve ir além da lógica biomédica centrada na doença, assumindo uma abordagem integral que leve em consideração os determinantes sociais da saúde, os direitos humanos e a valorização do envelhecimento ativo. Nesse contexto, torna-se essencial incorporar princípios como universalidade, equidade e integralidade – pilares do SUS – para assegurar o acesso da população idosa a cuidados de saúde de qualidade, contínuos e humanizados. Historicamente, a atenção à saúde da pessoa idosa foi marcada por ações fragmentadas, assistencialistas e, muitas vezes, excludentes.

Dessa forma, percepção social sobre os idosos passou por diversas alterações que acompanharam as transformações no tecido da sociedade e em diferentes contextos. Isso também está relacionado à forma como os idosos interagem e se relacionam com o ambiente, além da necessidade de se estabelecer organismos e normas legais, o que se apresenta como um dos principais desafios da sociedade atual devido à complexidade em entender o processo de envelhecimento.

Entre 1970 e a metade da década de 1980, o crescimento populacional e a urgência em debater os fundamentos teóricos da previdência social no Brasil dominavam as discussões sobre envelhecimento. A perspectiva, predominante até os anos 1970, associava os idosos à marginalização e à solidão. Portanto, o que definia essa fase de entendimento da velhice, como uma fase da vida, era a deterioração física e a diminuição dos papéis sociais, visão que surgiu ao final do século XIX.

Naquela época, os critérios usados para classificar as pessoas idosas na sociedade baseavam-se em estigmas físicos e características biológicas. Os idosos eram excluídos das políticas sociais, consideradas limitadas e meritocráticas, pois não incluíam toda a população e restringiam os direitos sociais, apenas, aos contribuintes do sistema previdenciário. Um aspecto relevante nos discursos e na formação da imagem da velhice no Brasil, como representação de sofrimento, envolve a atuação do Estado.

A modernização, as transformações familiares que diminuíram a solidariedade comunitária e a falta de um Estado de bem-estar social deixaram os mais velhos em uma posição vulnerável. A rapidez do envelhecimento da população no Brasil aumentou as preocupações das autoridades em relação às políticas públicas e financeiras, uma vez que o segmento da população idosa começou a criar demandas. Os idosos passaram a reivindicar mudanças em vários aspectos, principalmente em função dos impactos nas finanças públicas relacionadas ao suporte à longevidade. A ênfase das discussões mudou para o custo econômico do envelhecimento, com foco especial nas áreas de previdência social e saúde. Devido à realidade

enfrentada, surgiram diversas iniciativas, como a realização de seminários regionais e nacionais sobre o envelhecimento no final da década de 1970 e durante a de 1980, além da fundação, em 1987, da Associação Nacional de Gerontologia (ANG).

Esta entidade, junto com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e o Serviço Social do Comércio (SESC), desempenhou papel crucial na promoção da Gerontologia e Geriatria no Brasil, na capacitação de profissionais para o atendimento de idosos nas áreas de saúde e assistência social, e junto a outros grupos de estudiosos e profissionais, ajudou a expandir a pesquisa sobre o envelhecimento e a defesa dos direitos dos mais velhos.

Assim como outros grupos sociais, incluindo mulheres e negros, a mobilização dos idosos teve início na década de 1980, influenciada pelas mudanças no contexto da sociedade civil brasileira, uma trajetória que, infelizmente, apresentou avanços e retrocessos típicos da dinâmica social- fruto da resistência eminente ao avanço de políticas que atendam a população vulnerável.

O processo de organização dos idosos em busca da garantia de seus direitos passou a se manifestar em diferentes esferas políticas. Como resultado dessas demandas, foram estabelecidos, a partir dos anos 1980, Fóruns e Conselhos de Idosos, que se tornaram meios de participação social, unindo representantes da população e do governo. Esses progressos são, sem dúvida, uma das mais significativas inovações na organização social.

Os aposentados e pensionistas, ao se manifestarem nas ruas e no centro da cena política brasileira, no final de 1991 e início de 1992, estimularam discussões sobre o assunto e fomentaram sua auto-organização. O movimento, conhecido como “a luta pelos 147%”, que protestava contra a desvalorização das aposentadorias e pensões promovida pelo governo federal, trouxe visibilidade à questão da velhice e evidenciou a situação dos idosos na sociedade atual, tema que será aprofundado ao longo do capítulo.

Nesse contexto, o Brasil marca ponto de partida na construção da cidadania na velhice com a Constituição Federal de 1988, na qual se gerou um diálogo que envolveu aposentados dedicados à defesa de suas reivindicações. Antes desse marco, o atendimento à população brasileira era oferecido, apenas, aos trabalhadores que contribuíam para a Previdência Social através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), enquanto outros brasileiros enfrentavam a falta de assistência ou tinham acesso limitado aos serviços das organizações filantrópicas.

Após aquele período, ocorreu transformação de paradigma que foi simbolizada pela reformulação ideológica, doutrinária e estrutural dos serviços de saúde, que começaram a ser implementados através da proposta do Sistema Único de Saúde. O SUS, estabelecido pela

Constituição Federal de 1988 (artigo 198), garantiu o acesso aos serviços a toda a população brasileira de maneira gratuita e pública (Brasil, 1988). Com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde em 1990, o SUS foi organizado entorno de princípios ideológicos, doutrinários e estruturais (Brasil, 1990a).

Entre esses princípios, destacam-se:

- a universalidade: que visa a assegurar que todos os cidadãos tenham o direito à saúde, com a responsabilidade de provê-la recaindo sobre o Estado;
- a integralidade: que abrange níveis de atendimento que variam desde o curativo até o preventivo, considerando tanto o atendimento individual quanto o coletivo, sem deixar de lado as necessidades específicas de grupos vulneráveis;
- a equidade: que reitera a necessidade de garantir que todos tenham acesso às oportunidades do SUS, com adaptações baseadas em princípios de justiça e igualdade.

O controle popular, regido pela Lei nº 8.142, permitiu que os usuários participassem na administração do SUS por meio das Conferências de Saúde, realizadas a cada quatro anos nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal), além dos Conselhos de Saúde funcionam como fóruns colegiados onde há paridade representativa (metade das vagas para usuários, um quarto para o governo e um quarto para trabalhadores), para garantir a representatividade em todos os níveis do Brasil (Brasil, 1990b).

Os princípios organizacionais incluem:

- a descentralização político-administrativa: que confere a cada uma das três esferas (municipal, estadual e nacional) um comando único, compartilhando atribuições;
- a regionalização: que atribui ao nível municipal a responsabilidade pela prestação e gestão dos serviços de saúde, com a transferência de recursos com base em critérios demográficos e tipo de serviços oferecidos;
- a hierarquização: que organiza os serviços por áreas de cobertura, onde há responsabilidade em atender e resolver os problemas por meio de uma rede interconectada com níveis superiores de complexidade; garantindo que o nível primário seja acessível livremente, utilizando um sistema de referência e contrarreferência para os níveis mais complexos.

Todos os serviços estão sujeitos ao controle popular, sendo avaliados com base na eficiência e eficácia- como o serviço é realizado, e qual objetivo alcançado- dos resultados, nas metas de qualidade atingidas e na capacidade de resolver problemas ou redirecioná-los, prontamente, para os níveis adequados de atendimento.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) se fundamenta em princípios ideológicos, doutrinários e organizacionais que refletem um desejo coletivo e podem direcionar a política de saúde do país. O SUS proporciona uma rede integrada de diferentes níveis de atendimento, onde os serviços são estruturados por grau de complexidade e são disponibilizados à população de forma pública, gratuita e universal, conforme estabelecido na Constituição.

Entretanto, ainda coexiste com a predominância de um modelo que prioriza o tratamento de doenças. Embora haja um desejo por um modelo que ofereça cuidado à saúde, esse ainda não foi plenamente implementado através de políticas que visem a diminuição da vulnerabilidade e a promoção da saúde de maneira a apoiar os ideais estabelecidos na política de saúde do SUS.

As propostas desse sistema de saúde sugerem a necessidade de desenvolver uma política de justiça sanitária, na qual a saúde seja considerada um direito humano, universal. Essa análise ressalta duas áreas principais:

- a política de universalização que assegura o acesso a serviços em todas as áreas necessárias, e
- a política de focalização que identifica previamente quais serviços prioritários devem ser oferecidos a grupos em situação de vulnerabilidade.

As diretrizes para as políticas de universalização e focalização podem ser redefinidas com base nos seguintes pontos:

- um governo legítimo tem a obrigação de garantir condições de saúde para a população que faz parte de sua sociedade;
- é essencial estabelecer indicadores e critérios para avaliar as iniciativas de promoção da saúde, prevenção de danos e/ou diminuição das vulnerabilidades; e
- deve ser promovida uma bioética protetora que assegure a cobertura de todas as necessidades básicas de cada faixa etária, permitindo que cada grupo escolha o estilo de vida que deseja seguir.

Dessa maneira, os idosos começaram a se organizar e reivindicar seus direitos num movimento que ganhou destaque na mídia e aumentou sua visibilidade social. É importante ressaltar que a auto-organização foi crucial para assegurar seus direitos.

Baseando-se em princípios constitucionais, uma das estratégias que trouxe à tona a discussão sobre direitos dos idosos no Brasil é a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que visa criar condições para aumentar a expectativa de vida com qualidade, promovendo ações focadas naqueles que estão envelhecendo e que prioriza as particularidades do envelhecimento. As diretrizes fundamentais dessa política refletem as preocupações com a manutenção e reabilitação das funcionalidades, compartilhadas por um grupo de profissionais que abordam as questões do envelhecimento. Esta política discute a obrigação do Estado em promover, prevenir e restaurar a saúde, colocando a família como o espaço privilegiado para o cuidado com os idosos, além de estabelecer novas prioridades e ações que irão guiar os serviços de saúde neste século.

O principal objetivo da PNSI é a promoção de um envelhecimento saudável, especialmente por meio da preservação da capacidade funcional, o que significa valorizar a autonomia e manter a independência física e mental dos idosos. A implementação da referida Lei incentivou a colaboração entre os ministérios relevantes para a criação, em 1997, de um Plano de Ação Governamental voltado para a Integração da Política Nacional do Idoso. Além disso, tal iniciativa estabeleceu diretrizes para os direitos sociais dos idosos, assegurando sua autonomia, inclusão e participação ativa como mecanismo para o exercício de cidadania.

Essa norma foi demandada pela sociedade e originou debates e consultas em diversas regiões, com a participação de idosos ativos, aposentados, acadêmicos, especialistas em gerontologia e geriatria, além de organizações que representam esse grupo. Essas pessoas colaboraram na elaboração de um documento que se tornou a base da legislação. No entanto, a aplicação dessa lei não tem ocorrido de forma eficiente, influenciada por questões que variam desde contradições na própria legislação até a falta de conhecimento sobre seu conteúdo.

A PNSI integra os princípios do SUS, conforme apresentado na LOAS e no Programa Nacional do Idoso, ao abordar a atuação do setor de saúde na atenção integral à população idosa. Entre os princípios da Lei Orgânica, destacam-se a preservação da autonomia, a integridade física e moral do indivíduo, a integralidade do cuidado e a priorização baseada em abordagens epidemiológicas. O objetivo pétreo da PNSI é fundamentar as ações do setor de saúde voltadas à atenção integral dos idosos e aqueles que estão passando pelo processo de envelhecimento. Esta política visa promover um envelhecimento saudável, preservar e/ou

melhorar ao máximo a capacidade funcional dos idosos, prevenir enfermidades, recuperar a saúde dos que adoecem e reabilitar aqueles que tiverem sua funcionalidade limitada.

Os métodos citados, previamente, têm o objetivo de assegurar que os idosos permaneçam em seus ambientes, atuando de maneira autônoma na sociedade. Na PNSI, estabelecem-se as orientações que guiam todas as iniciativas na área da saúde, que incluem:

- a) promoção de um envelhecimento saudável;
- b) preservação da capacidade funcional;
- c) assistência às exigências de saúde dos idosos;
- d) reabilitação da capacidade funcional afetada;
- e) formação de profissionais da área;
- f) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; g) incentivo a estudos e pesquisas (Brasil, 1999).

O Estatuto do Idoso é um documento de política específico. Após passar sete anos no Congresso, foi sancionado pelo presidente da República em 1º de outubro de 2004. Possui 118 artigos que definem os direitos das pessoas idosas (Brasil, 2003). Reforça os direitos fundamentais dos idosos contidos na Constituição Federal de 1988, que abrangem a proteção de todos os aspectos da vida relacionados ao envelhecimento, especialmente o artigo 230, que estabelece que a família, a sociedade e o Estado têm a responsabilidade de apoiar os idosos, garantindo sua dignidade e bem-estar (at. 230) (Brasil, 1988).

Nos Direitos Fundamentais do Idoso, encontram-se os direitos à vida, liberdade, respeito e dignidade, alimentação, saúde, educação, cultura, esportes e lazer, formação profissional e emprego, previdência social e assistência social, habitação e transporte. Aos cuidados de saúde é garantido o atendimento integral através do SUS, tanto no tratamento quanto na prevenção de doenças, incluindo atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatorios; cuidados domiciliares para idosos que não conseguem se locomover; reabilitação; distribuição gratuita de medicamentos contínuos, fornecimento de próteses e órteses; proibição de discriminação em planos de saúde; direito a um acompanhante durante hospitalizações; liberdade para escolher o tipo de tratamento; capacitação especializada para os profissionais de saúde que atendem essa população, cuidadores familiares e inclusão em grupos de apoio mútuo (arts. 15-19) (Brasil, 2003).

Assim, pode-se afirmar que a Política de Atendimento ao Idoso consiste em um conjunto integrado de ações das esferas federal, estadual, do Distrito Federal, municipal e de instituições não governamentais, com o intuito de garantir políticas sociais essenciais,

atendimento a vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão, dentre outros (arts. 46-47). (Brasil, 2003).

2.2.2 Assistência Social, Previdência Social e Legislação: marcos históricos das políticas voltadas à população idosa

O processo de envelhecimento demanda não apenas políticas de saúde, mas também um conjunto articulado de ações no campo da Assistência Social, da Previdência Social e da legislação, que garantam segurança de renda, proteção social e acesso a direitos. A velhice, compreendida como construção social, é atravessada por desigualdades históricas que afetam o acesso a bens e serviços essenciais. Assim, a implementação de políticas públicas nessas áreas tem o papel de mitigar as vulnerabilidades sociais da população idosa, assegurando condições mínimas de vida digna e autonomia.

No Brasil, essas políticas são estruturadas sob o tripé da Seguridade Social: saúde, previdência e assistência – conforme definido pela Constituição Federal de 1988, que instituiu a proteção social como direito de cidadania e dever do Estado (Brasil, 1988). Nesse contexto, o Serviço Social atua de forma estratégica, promovendo o acesso a essas políticas, articulando redes de proteção e enfrentando as múltiplas expressões da questão social que afetam o envelhecer.

Esses avanços institucionais, contudo, são frutos de um longo percurso histórico marcado por disputas políticas e sociais em torno da proteção social na velhice. Para compreender a consolidação das políticas de Assistência Social, Previdência Social e da legislação voltada às pessoas idosas, é necessário retomar os marcos iniciais que fundamentaram o reconhecimento dos direitos dessa população. A integração da pessoa idosa ao sistema legislativo brasileiro teve início com medidas ainda restritas e segmentadas, voltadas, sobretudo, à garantia de renda para trabalhadores formais. Um dos primeiros registros relevantes data de 1888, com a instituição do direito à aposentadoria para os funcionários dos Correios – marco inaugural que simboliza o surgimento de mecanismos previdenciários no país. A partir desse ponto, desenvolve-se uma trajetória de criação, ampliação e institucionalização de direitos que, embora marcada por avanços e retrocessos, contribuiu para o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito de direitos no campo da seguridade social.

No século XX, o Código Civil de 1916 introduziu a exigência de separação de bens para cônjuges com idade superior a 70 anos (Brasil, 1916). Durante as décadas de 1920 e 1930, as questões referentes à Seguridade Social – envolvendo Saúde, Assistência Social e

Previdência – voltaram a ser enfatizadas na política, resultando na criação de legislações trabalhistas que abordavam aposentadoria (por idade, tempo de serviço, e invalidez), auxílio-doença e pensões.

Em 1923, foram estabelecidas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e o Conselho Nacional do Trabalho, e em 1934, foi instituída a Justiça do Trabalho (Brasil, 1923). O Código Penal de 1940, que foi o terceiro da nação e o mais prolongado em aplicação (de 1942 a 1984, quando passou por modificações), incluiu artigos que tratavam do aumento das penas para delitos contra pessoas acima de 60 anos e a redução das penalidades para aqueles com mais de 70 anos (Brasil, 1940).

Naquele mesmo período, em decorrência das transformações econômicas e políticas do governo Vargas (1930-1945), a administração da Previdência Social passou a ser exercida pelo Estado, com a conversão das CAP's em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's).

No começo dos anos 1960, os debates sobre a Previdência foram atualizados, resultando na criação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que consolidou as normas relativas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões. No mesmo ano, foi aprovado o Regimento Geral da Previdência Social e a legislação que tratou da contagem do tempo de serviço para fins de aposentadoria na União, autarquias e empresas de economia mista.

Em 1963, os trabalhadores rurais passaram a ter acesso a benefícios, por meio da legislação que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

Além disso, houve também modificações no Código Eleitoral de 1965, tornando o voto opcional para indivíduos com mais de 70 anos.

No início da década de 1960, as discussões sobre a Previdência foram retomadas e criou-se a LOPS, que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões. No mesmo ano foram aprovados o Regimento Geral da Previdência Social e a lei que dispôs sobre a contagem do tempo de serviço prestado a União, as autarquias e as sociedades de economia mista, para efeito de aposentadoria. Em 1963, os trabalhadores rurais começaram a receber benefícios devido à legislação que lançou o FUNRURAL. Além disso, ocorreram modificações no Código Eleitoral de 1965, que tornou opcional o voto para indivíduos acima de 70 anos.

Em relação às décadas de 1960 e 1970, deve-se ressaltar que o Brasil estava sob o regime militar (1964-1985), tendo como característica a supressão dos direitos individuais e constitucionais, assim como a restrição das liberdades públicas e democráticas. Dois anos após o golpe, o governo de Castello Branco introduziu novas mudanças na Previdência. As principais

mudanças foram: a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), a alteração das diretrizes da Lei Orgânica da Previdência Social referentes às contribuições e seus custos, além do estabelecimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou os IAP's existentes.

Os benefícios sociais e de saúde permaneceram vinculados ao âmbito do trabalho, mas a partir desse momento, passaram a ser destinados unicamente aos trabalhadores urbanos e rurais que contribuía, financeiramente ao INPS, por um período específico.

É essencial mencionar que, a partir dos anos 1960, surgiu novo interesse em questões relacionadas ao envelhecimento por parte de diferentes agentes, em especial, nos grupos da sociedade civil, associações científicas e setor privado, que começaram a implementar ações e auxiliar na formação de conhecimentos sobre este assunto.

Camarano e Pasinato (2004) ressaltam duas iniciativas que tiveram influência na elaboração de políticas que surgiram nos anos seguintes: a fundação da SBGG e as atividades desenvolvidas pelo SESC. A SBGG foi estabelecida em 1961 e, entre seus objetivos, estava “incentivar iniciativas e projetos sociais voltados para o apoio à velhice e colaborar com outras organizações em atividades educativas, assistenciais e de pesquisas ligadas à Geriatria e Gerontologia” (Camarano; Pasinato, 2004, p. 264).

A segunda ação foi realizada pelo SESC, começando em 1963. O trabalho dessa organização tinha um foco social e teve início com um pequeno grupo de trabalhadores do comércio na cidade de São Paulo, que formaram grupos com a meta de combater a solidão e o abandono na terceira idade. Antes das iniciativas do SESC, as entidades que atendiam essa população se restringiam a oferecer cuidados em instituições de acolhimento. Durante a administração do general Ernesto Geisel, que teve início em 1974, com a promessa de um processo de liberalização política, o Brasil enfrentou recessão econômica resultante do término do chamado “milagre econômico” e da reestruturação de diversos setores da população insatisfeitos com as violações dos direitos humanos e as dificuldades econômicas e trabalhistas.

Entre os grupos que se opuseram ao governo, estavam os progressistas da Igreja Católica, o movimento estudantil e trabalhadores que se opuseram aos aumentos salariais e ao controle rigoroso do governo sobre os sindicatos. Nesse contexto, em relação à política econômica, o governo introduziu o denominado Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento, que priorizava as seguintes áreas: produção de bens de capital e matérias-primas; geração de energia; transporte e telecomunicações. Além disso, questões ligadas aos trabalhadores, à Previdência e Assistência Social e aos programas sociais começaram a receber atenção especial.

Em 1974, Geisel estabeleceu o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), desmembrando-o do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Com essa mudança, as discussões sobre a concessão e a manutenção de benefícios, bem como a prestação de serviços nas áreas de Previdência Social, Assistência Social e Saúde para grupos específicos como trabalhadores rurais e urbanos, pessoas idosas e aquelas com incapacidades para o trabalho, tiveram início.

Nesse mesmo ano, trabalhadores urbanos e rurais com mais de 70 anos ou incapazes de trabalhar, que haviam contribuído para o regime do INPS, que tinham realizado atividades remuneradas sob o regime do INPS ou FUNRURAL, ou que tinham se integrado a esse regime após completarem 60 anos, passaram a ter direito, por meio de uma nova legislação, a proteção previdenciária. Essa lei estipulava um benefício mensal vitalício e assistência médica nas mesmas condições oferecidas aos demais beneficiários da Previdência Social, tanto urbana quanto rural. Três anos depois, em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que tinha a responsabilidade de “propor a política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social, além de supervisionar os órgãos a ele subordinados e as entidades a ele associadas” (Beltrão, 2012, p. 25).

O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social operava sob a supervisão, coordenação e controle do Ministério da Previdência e Assistência Social. Congregava as seguintes entidades: INPS; INAMPS; Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS).

O SINPAS, em colaboração com as entidades participantes, promoveu seminários para discutir questões relacionadas à Previdência e Assistência Social, com o intuito de planejar iniciativas e serviços direcionados a grupos de aposentados. Dessa maneira, foram elaboradas normas, diretrizes e programas. A finalidade era proporcionar a esses grupos chances de participação social, além de abrir um espaço para debater a reivindicação de direitos sociais.

Até a metade da década de 1970, essa parte da população era referida em documentos oficiais (como leis e decretos) com termos como “maiores de 60 anos”, “pessoas com mais de 70 anos”, “adultos mais velhos”, “aposentados e pensionistas” ou usava-se a expressão “velhice”, que de um modo geral abrangia todos esses indivíduos. Foi a partir das discussões e iniciativas promovidas pelo SINPAS e outras entidades que surgiu a categoria “idoso” nos documentos e programas do governo.

O Programa de Assistência ao Idoso (PAI), instituído em 1975, foi o primeiro programa de âmbito nacional, este visava organizar e promover grupos de convivência nos postos do INPS em todo o Brasil, voltados para os idosos beneficiários da previdência. Com a reforma da Previdência ocorrida em 1977, a responsabilidade pelo Programa de Assistência ao Idoso passou a ser da Fundação Legião Brasileira de Assistência, até 1987.

As atividades do Programa eram desenvolvidas em duas frentes: uma direta e outra indireta. A frente direta se dava nas instalações da LBA, com o auxílio dos profissionais da entidade. Eram centros sociais, locais de distribuição de alimentos e materiais, e núcleos de voluntariado que prestavam assistência aos idosos, tanto de forma individual quanto em grupos. Já a atuação indireta ocorria através de convênios com asilos, onde uma parte do custo de um número específico de vagas era paga. Os técnicos da LBA faziam a seleção dos idosos e os encaminhavam para os asilos conveniados, enquanto as assistentes sociais ficavam encarregadas da supervisão (Rodrigues, 2001).

O INPS também tinha a responsabilidade pelas internações, sob custódia, de aposentados e pensionistas mais velhos em instituições. A autorização para admissão era concedida após a avaliação do estado físico e mental dos indivíduos, da insuficiência de recursos próprios e familiares para sua manutenção, assim como da ausência ou abandono por parte da família. Em 1976, o Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio da sua Secretaria de Assistência Social e sob a liderança de um especialista em gerontologia, organizou quatro seminários sobre “Estratégias de Política Social para o Idoso no Brasil”. Três desses seminários foram realizados em regiões diferentes: Belo Horizonte, São Paulo e Fortaleza, enquanto o nacional ocorreu em Brasília. A meta era realizar “[...] um diagnóstico sobre a situação da velhice em nosso país e apresentar as diretrizes fundamentais para uma política de assistência e promoção social voltada ao idoso” (Rodrigues, 2001, p. 150).

Após esses encontros, foi elaborado o primeiro documento oficial do governo federal que trazia informações sobre a condição dos idosos no Brasil, além de algumas orientações para políticas sociais direcionadas a essa população. O documento, denominado “Política Social para o Idoso – Diretrizes Básicas”, incluía propostas voltadas para a continuidade da convivência do idoso com a família, a reavaliação dos critérios para a concessão de subsídios a instituições de acolhimento, a criação de serviços médicos especializados, a revisão do sistema previdenciário, a capacitação de profissionais, a coleta de dados e análises sobre a situação do idoso realizadas pelo DATAPREV e pelo IBGE, entre outros pontos (Camarano; Pasinato, 2004).

É possível notar que, desde as primeiras ações voltadas à população idosa, a ênfase estava na oferta de renda e benefícios a trabalhadores, enquanto a assistência social se destinava apenas para aqueles considerados em situação de vulnerabilidade. Com o aumento dessa faixa etária e as questões ligadas à Seguridade Social, juntamente com a pressão de outros grupos como a SBGG e o SESC, ocorreram, na década de 1970, transformações na maneira como o governo administrava tanto as pessoas quanto os recursos.

As diretrizes da “Política Social do Idoso” indicam a importância de compreender essa população para poder intervir de forma mais eficiente, seja no ambiente familiar, em instituições de longa permanência, ou nos serviços de saúde e previdência.

Quadro 1 – Cronologia das políticas e legislações direcionadas a população idosa

Ano	Legislação/Política	Descrição
1988	Constituição Federal	O artigo 230 estabelece 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 garantindo seu bem-estar
1994	Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842)	Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e estabelece diretrizes para assegurar os direitos sociais das pessoas idosas, promovendo sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade
2006	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528)	Estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com diretrizes para o cuidado integral à saúde das pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS)
2010	Lei nº 12.213	Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza a dedução do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas das doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso
2015	Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas	Tratado internacional que visa promover, proteger e assegurar o reconhecimento e o pleno gozo e exercício, em condições de igualdade, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais da pessoa idosa
2018	Decreto nº 9.569	Regulamenta a Lei nº 12.213/2010, que institui o Fundo Nacional da Pessoa Idosa, e altera o Decreto nº 5.109/2004, que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
2022	Lei nº 14.423	Altera a Lei nº 10.741/2003 para substituir, em toda a lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente
2023	Decreto nº 11.483	Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI), atualizando sua composição e competências

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Detalhando a legislação focada e enunciada para a população idosa, constituiu-se alguns subitens que passarão a ser descritos a seguir.

2.2.3 O começo da assistência à saúde: políticas de saúde e a criação de serviços essenciais

A proteção social no Brasil teve suas origens ainda durante o período colonial, assumindo características filantrópicas e religiosas. Essa fase inicial focava unicamente na população tida como pobre, necessitada e indígena.

As primeiras entidades que desempenharam essa função foram as Santas Casas de Misericórdia, com a primeira sendo estabelecida em 1543, em Santos, no litoral paulista (Aciole, 2006).

Depois da Proclamação da República em 1889, especialmente na primeira década do século XX, começaram a surgir alguns serviços de saúde pública em âmbito nacional, sob a liderança do médico e sanitarista Oswaldo Cruz (Oliveira, 1998).

Esse foi um período caracterizado por uma visão higienista, um modelo de assistência sanitária e uma abordagem de saúde que se baseava principalmente na presença ou ausência de doenças.

O aumento da industrialização e modernização nas cidades brasileiras exigia ações coletivas e campanhas governamentais para o controle de epidemias que afetavam a população. Dessa forma, o “Sanitarismo Campanhista” (Merhy; Malta; Santos, 2012), ligado ao modelo econômico de agroindústria voltado para a exportação, tinha como objetivo a melhoria das condições sanitárias nos locais de circulação de mercadorias e a contenção de doenças, que poderiam impactar a exportação.

A partir dos anos 1920, além das iniciativas de organizações beneficentes e das medidas sanitárias do governo, a assistência à saúde começa a ser uma demanda dos trabalhadores e é disponibilizada para aqueles que faziam contribuições à Previdência Social, como já foi mencionado. É visível que o modelo liberal afetou a estrutura do Sistema de Saúde desde os primeiros esforços de estatais ou grupos específicos. O “modelo assistencial privatista”, que começou na década de 1920, foi a base para a organização e oferta da assistência médica suplementar (planos de saúde coletivos e individuais, sejam empresariais ou não), que experimentou um crescimento considerável nas últimas décadas.

A medicina preventiva incorporou a ideia de que os pacientes devem colaborar na resolução de seus problemas de saúde, aprendendo sobre higiene e seguindo as recomendações médicas e sanitárias para evitar doenças, não apenas tratá-las.

O modelo de “assistência médica privada” foi influenciado pela medicina liberal, resultando em alterações nas ideias sobre cuidados de saúde. O foco passou a ser a proteção da saúde dos trabalhadores, buscando preservar seu potencial produtivo em vez de apenas desinfetar os ambientes. Esse modelo expandiu a partir dos anos 1940, com o início da contratação de serviços privados.

Entre 1930 e 1950, as iniciativas de saúde estavam ligadas aos interesses da industrialização e a fatores relacionados à Segunda Guerra, como a extração de borracha na Região Norte e o estabelecimento de bases militares no Nordeste. Portanto, as prioridades eram combater as doenças endêmicas e as enfermidades tropicais que poderiam impactar essas atividades. O governo se mostrava, cada vez mais, atento a assuntos de higiene, incluindo saneamento urbano e rural, higiene industrial e saúde materno-infantil, que eram responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde Pública, enquanto as endemias rurais eram responsabilidade do Departamento Nacional de Higiene das Endemias Rurais.

Em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, foi estabelecida uma rede de unidades de saúde permanentes, conhecidas como Unidades Sanitárias, além da introdução da figura do visitador sanitário. Como a saúde e a educação foram unificadas em 1930 sob o Ministério da Educação e Saúde (MES), as Unidades Sanitárias passaram a promover práticas de higiene e educação sanitária para prevenir doenças.

Baseando-se nas ideias sanitárias, o governo expande a oferta de serviços ambulatoriais entre 1945 e 1960. As ações das Unidades Sanitárias foram se configurando como medicina preventiva, partindo do princípio de que a função da medicina era, mais do que curar, prevenir doenças.

Segundo Aciole (2006), a adoção do conceito de medicina preventiva foi fortemente impactada pelo modelo liberal, uma vez que os problemas de saúde seriam resolvidos por médicos, embora a participação dos pacientes fosse fundamental para o êxito.

Assim, cria-se uma relação de cooperação entre os agentes e a saúde pública, onde os desafios relacionados à saúde precisam ser abordados conjuntamente pelo Estado e pelos cidadãos. Essa abordagem promove uma medicina que prioriza a família e a comunidade, antes de se desenvolver um sistema hospitalar, com ações sendo realizadas por meio de visitas domiciliares e por intermédio de instituições de saúde pública e órgãos de saneamento.

Na década de 1950, a OMS manifestou sua preocupação com as desigualdades sociais entre nações desenvolvidas e em desenvolvimento, além das questões de saúde das populações mais carentes. A OMS/UNICEF (1978) observou que, apesar dos esforços feitos em campanhas direcionadas para controlar problemas de saúde, os resultados seriam efêmeros se não fossem acompanhados por serviços de saúde contínuos para controle, prevenção, promoção e manutenção da saúde.

Com base nessa observação, a OMS estabeleceu “os serviços básicos de saúde” na Assembleia de Saúde de 1953, que incluíam atividades como: cuidado da saúde da mulher e da criança; controle de doenças infecciosas; saneamento ambiental; manutenção de sistemas de

informação; educação em saúde; enfermagem pública; e assistência médica de complexidade reduzida.

Vale ressaltar que as propostas de serviços básicos de saúde da OMS eram fundamentadas em princípios da medicina preventiva, um movimento que já havia se fortalecido nos Estados Unidos e em países europeus como França e Suécia.

Na década de 1960, as mobilizações de diferentes segmentos da população e intelectuais acerca de temas sociais como Direitos Humanos, a Guerra do Vietnã, racismo e pobreza se intensificaram, especialmente nos Estados Unidos. Nesse cenário, influenciados pela Medicina Comunitária dos Estados Unidos, começou a se organizar o movimento da Saúde Comunitária ou Medicina Geral Comunitária, com a implementação de programas na América Latina, especialmente em países como Brasil, Colômbia e Chile.

Este movimento se propôs a recuperar parte do conceito de medicina preventiva, visando a ações de prevenção, educação em saúde e cuidados básicos de saúde para populações de áreas específicas. A Medicina Geral Comunitária se caracterizava pela regionalização, hierarquização dos serviços, inclusão de novas categorias profissionais na assistência, e a oferta de serviços preventivos e curativos como essenciais e universais. Outra característica importante dessa abordagem era a preocupação com a saúde da população local, visando compreender a realidade social, econômica e cultural da comunidade. A proposta também incluía a integração das equipes de saúde por meio da identificação e colaboração com agentes locais, como lideranças comunitárias. Assim, a participação da comunidade era uma meta e incentivo constante para engajar os indivíduos na resolução de seus próprios problemas de saúde. Essa ideia de participação comunitária foi apoiada pela OMS em 1963, quando a organização revisou a definição de serviços básicos de saúde e a incluiu.

Com a Medicina Comunitária, o envolvimento da comunidade era trabalhado de forma diferente pela equipe de saúde. O enfoque era compreender os problemas de saúde locais, desenvolvido através da interação com membros da própria comunidade. Com as propostas e práticas da medicina comunitária para conceber e administrar a saúde pública, a ideia de Cuidados Primários de Saúde ou Atenção Primária em Saúde surgiu e foi adotada por diversos países, no final dos anos 1970, como um modelo ideal para a estruturação dos serviços públicos de saúde.

Neste cenário, em 1977, a OMS realizou a 30ª Assembleia Mundial da Saúde e lançou uma declaração política chamada “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT-2000), onde se comprometeram com uma política de saúde que priorizava serviços básicos, fundamentados em sistemas simples de assistência (Paim; Almeida Filho, 1998).

No ano seguinte, em 1978, a OMS e o UNICEF organizaram a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata – URSS. Nela foi elaborada a Declaração de Alma-Ata, que reafirmou a saúde como um direito humano essencial, sob a responsabilidade dos governos, e destacou que “é direito e dever dos povos participar, de forma individual e coletiva, no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (OMS/UNICEF, 1979, p. 2). Também estabeleceu a Atenção Primária à Saúde como uma estratégia para implementar as metas do SPT-2000. Segundo o documento, uma das principais metas sociais era garantir que todos os povos do mundo alcançassem, até o ano 2000, um padrão de saúde que lhes permitisse viver de forma social e economicamente ativa.

A conexão entre saúde, qualidade de vida, ambiente, modos de vida, responsabilidade do Estado e envolvimento da comunidade incentivou a criação do conceito de promoção da saúde, que se destacou como um campo teórico e de ações que desafiava a visão puramente médica sobre a saúde. Além disso, essa abordagem era uma maneira de lidar com diferentes questões de saúde pública e as restrições financeiras que um Estado tinha ao arcar com os custos da assistência médica (Buss, 2000; Freitas, 2009).

O tema da promoção da saúde surgiu a partir do relatório Lalonde, produzido, em 1974, pelo Ministério da Saúde do Canadá (Lalonde, 1981). A necessidade de eficiência econômica, junto a uma proposta de organização dos serviços de saúde globalmente, foram aspectos marcantes na elaboração de tal documento. O relatório estabelecia que o campo da saúde era influenciado por quatro fatores: a biologia humana, o ambiente (tanto natural quanto social), o modo de vida e a estrutura da assistência à saúde. Esses quatro componentes foram identificados a partir das causas e fatores que estavam por trás das doenças e mortes entre os canadenses.

Entretanto, as principais causas de doenças e mortalidade estavam relacionadas aos três primeiros fatores, levando o relatório a focar suas intervenções nas mudanças no estilo de vida das pessoas. Nesse contexto, o documento alertava que escolhas pessoais e hábitos inadequados poderiam gerar riscos que a pessoa impunha a si mesma e, quando essas situações levavam a doenças ou mortes, poder ia-se afirmar que o modo de vida do indivíduo teve um papel importante no seu adoecimento ou falecimento. A divulgação do relatório Lalonde ressaltou a importância de práticas de autodisciplina e autovigilância, pois desencadeou ações voltadas para a modificação de estilos de vida (Ferreira Neto *et al.*, 2009).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que ocorreu, em 1986, organizada pela OMS e pela Associação Canadense de Saúde Pública, apresentou a Carta de Ottawa, um documento que se tornou um marco para as propostas de promoção da saúde no

mundo. Essa proposta reconhecia o papel do contexto social na definição do processo saúde-doença e afirmava que os modos de vida eram intimamente ligados à posição social. Portanto, defendia a associação de uma série de valores, como qualidade de vida, saúde, solidariedade, justiça, democracia, cidadania, desenvolvimento e participação, entre outros.

De maneira semelhante, apresentava uma mescla de abordagens fundamentadas na ideia de múltiplas responsabilidades que incluía ações do governo “elaborando políticas públicas benéficas”, de vários segmentos sociais “formando ambientes propícios”, da população “fortalecendo a ação comunitária”, dos cidadãos “aperfeiçoando habilidades individuais”, do setor de saúde mediante a “reorientação dos serviços de saúde” (Brasil, 2002b).

A Carta de Ottawa surgiu em resposta às demandas de saúde pública de nações como o Canadá, os Estados Unidos e países da Europa Ocidental, mas enfatizavam a necessidade de refletir sobre essas questões e criar estratégias para outras nações (OMS, 1986). Assim, após a Conferência e a Carta de Ottawa, diversas outras conferências foram realizadas e novos documentos foram publicados no final dos anos 80, durante a década de 1990 e nos anos 2000. O documento que se tornou um marco para a promoção da saúde na América Latina foi a Declaração de Bogotá, produzida na Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde de Bogotá, em 1992. Organizada pelo Ministério da Saúde da Colômbia em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), essa conferência abordou a promoção da saúde em cenários marcados por grande desigualdade, pobreza, crises políticas e econômicas, além de condições de vida inadequadas da população.

O conceito de promoção da saúde tem sido discutido e faz parte das políticas de saúde no Brasil há quase trinta anos. Conforme Buss (2000, p. 167), o que define o conceito contemporâneo de promoção da saúde:

[...] é o reconhecimento da importância dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, [...] baseia-se na compreensão de que a saúde resulta de um amplo conjunto de fatores que se relacionam com a qualidade de vida, incluindo uma alimentação e nutrição apropriadas, além de moradia e saneamento; condições laborais adequadas; acesso à educação ao longo da vida; ambiente físico saudável; suporte social para famílias e indivíduos; hábitos de vida saudáveis; e um nível necessário de cuidados de saúde.

Assim, suas ações estariam mais direcionadas ao coletivo e ao ambiente, compreendido em um sentido amplo, que abrange o físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas e condições que favoreçam o desenvolvimento da saúde e o fortalecimento das capacidades dos indivíduos e das comunidades (Buss, 2000).

Apesar das objeções ao relatório Lalonde, a estratégia de promoção da saúde continuou a priorizar conceitos como “modo de vida” e “padrão de vida”, além de promover

certos comportamentos e hábitos (como higiene, nutrição, educação, entre outros), juntamente com as moralidades que, em geral, tendem a ser universalizados (Lalonde, 1981).

Conforme elucidadas neste capítulo, as políticas públicas focadas na população idosa, especialmente a iniciativa de saúde conhecida como Envelhecimento Ativo, alinham-se às diretrizes de promoção da saúde. Isso inclui a imposição da responsabilidade individual pelo bem-estar nas esferas física, psicológica e social, a diminuição de enfermidades, a produtividade e o engajamento social, com foco central na extensão da longevidade. Contudo, não se trata de somente viver mais, mas de promover uma vida ativa e saudável. Com base nas reflexões apresentadas neste capítulo, busca-se abordar ao longo da tese questões que envolvem o processo de envelhecer conforme as políticas e as interações diárias dos idosos com essas diretrizes e seus intermediários.

2.2.4 O surgimento do SUS e a mobilização dos aposentados

Nos anos 1980, questões novas relativas às políticas sociais surgiram tanto em nível internacional quanto no Brasil. Foi um tempo marcado por intensos movimentos sociais e sindicais que resultaram na democratização do país e na promulgação da Constituição Federal de 1988; a partir da chamada Constituição Cidadã, a seguridade social, que compreende saúde, assistência social e previdência, foi garantida como um direito universal de cidadania para todos os brasileiros, independentemente de vínculos trabalhistas ou contribuições ao sistema. Segundo Simões (2000, p. 279), a Constituição de 1988 garantiu, entre outras proteções previdenciárias,

[...] a igualdade e equivalência dos benefícios e serviços para as populações urbanas e rurais, um valor mínimo para todos os beneficiários da previdência (equivalente a um salário-mínimo) que se estende aos idosos incapazes de sustentar-se sozinhos, mesmo que não tenham contribuído para a Previdência, além da adequação dos valores dos benefícios já existentes para preservar seu poder aquisitivo.

No que diz respeito à reformulação do sistema de saúde, estabelece-se a base legal do SUS como um sistema de direito universal, descentralizado e participativo, com foco nas ações preventivas e nos serviços assistenciais.

No contexto de um regime militar em declínio e na iminente transição para uma democracia representativa formal, dois movimentos desempenharam um papel crucial no processo de redemocratização e nas lutas por direitos sociais: o Movimento pela Reforma Sanitária, que atua como um importante catalisador para reflexões e ações políticas na área da

saúde, sendo essencial para a criação do SUS; e o movimento dos aposentados, que, em conjunto com outros movimentos sociais, reforçou a participação popular na luta por direitos, especialmente proporcionando maior visibilidade à população idosa.

2.2.4.1 O SUS

A fundação do SUS é considerada um dos principais avanços na conquista de direitos no Brasil, sendo um motor para significativas transformações no sistema de saúde. O Movimento Sanitário foi fundamental para a discussão e a formulação de propostas que visavam democratizar a sociedade e as práticas de saúde.

A proposta central desse movimento era a criação de um sistema de saúde único, que fosse universal e participativo. Ele uniu profissionais da saúde, especialistas, universitários, organizações populares, sindicatos e partidos políticos, além de membros da administração pública, com a meta de reformar o modelo assistencial privatizado vigente.

Um dos momentos mais significativos do Movimento Sanitário foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde foram formalizadas as bases do entendimento da saúde como um direito acessível a toda a população. A Conferência abordou questões cruciais para a reestruturação do sistema de saúde, como a ampliação do conceito de saúde, a demanda por um novo Sistema Nacional de Saúde, a distinção entre Saúde e Previdência, além de tratar das questões de financiamento do setor de saúde (Brasil, 1986).

Dessa forma, a mobilização envolveu uma diversidade de agentes, fortaleceu o movimento e possibilitou a criação de um

[...] arcabouço legal para a implementação de um sistema nacional de saúde, que possui um caráter universal, fundamentado na municipalização de serviços sob uma única direção, e com o controle do público pela atuação estatal, por meio de conselhos de saúde com ampla e equitativa participação da sociedade (Aciole, 2006, p. 190).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde foi fundamental para a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988) a respeito da Saúde. Os princípios estabelecidos durante a Conferência foram regulamentados pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, que instituíram a criação do SUS e regulamentaram a participação da comunidade na sua administração, respectivamente (Brasil, 1990a, 1990b).

Dentro desse contexto, a definição de saúde é ampliada, sendo reconhecida como um direito universal que deve ser assegurado por meio de políticas públicas focadas na diminuição dos riscos de doenças e outros problemas de saúde da população.

As diretrizes do SUS incluem: a descentralização, que se refere à transferência de serviços, responsabilidades, poderes e recursos do nível federal para o municipal; a atenção integral, que dá prioridade às ações preventivas, considerando cada indivíduo como um ser único e parte de uma comunidade, oferecendo serviços de saúde em diferentes níveis de assistência; e a participação da comunidade na gestão, através do controle social, isto é, a representação dos usuários nas Unidades de Saúde, Conselhos e Conferências de Saúde (Souza; Costa, 2010).

O SUS assumiu a responsabilidade por implementar ações de vigilância em saúde, englobando vigilância sanitária, epidemiológica e da saúde do trabalhador. Nesse modelo de vigilância, tornou-se necessário incluir novos participantes (a população), além dos profissionais e trabalhadores da saúde, na mobilização e na organização das iniciativas de saúde.

Igualmente, era essencial compreender as condições sociais que impactam os grupos populacionais em decorrência de suas circunstâncias de vida para que se pudesse intervir na promoção da saúde (Freitas, 2009).

Cabe observar que a ideia do direito à saúde como uma conquista social resultou na inclusão da população na organização, administração e supervisão dos serviços e ações governamentais. Tanto as decisões da Conferência Nacional de Saúde quanto as leis subsequentes sustentam a premissa de que o pleno exercício do direito à saúde só será assegurado se houver controle da população organizada sobre o desenvolvimento, gestão e avaliação das políticas públicas em esferas específicas, como os Conselhos de Saúde.

2.2.4.2 O Movimento dos Aposentados

Com base na análise apresentada até aqui, pode-se notar que as mobilizações pela abertura política, a promulgação da “Constituição Cidadã”, a Reforma Sanitária, a criação do SUS e outros direitos essenciais foram fatores fundamentais nas mudanças políticas e sociais desse período. Como mencionado anteriormente, também houve a ascensão de outros atores que lutavam por direitos, entre eles, os aposentados. Os protestos do “movimento dos aposentados” trouxeram visibilidade à classe, especialmente com a fundação da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), em 1984.

A COBAP surgiu da colaboração entre associações, sindicatos e federações regionais. Organizações de aposentados e pensionistas levantaram questões de natureza política, econômica e legal, focando na proteção dos direitos salariais e na valorização dos trabalhadores que contribuíram ao longo dos anos para o desenvolvimento do país.

A singularidade do movimento de aposentados a partir dos anos 1980 foi a sua capacidade de unir diversas categorias profissionais. Anteriormente, as demandas eram divididas por setores específicos, e as categorias mais organizadas, como bancários, ferroviários e marítimos, eram as que obtinham melhores resultados, devido à influência de seus líderes sindicais junto aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (Simões, 2000).

O movimento começou a receber atenção durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988, ao participar da elaboração dos capítulos relativos à seguridade social na Constituição de 1988. As mobilizações se tornaram mais intensas nos anos 90, através de intervenções públicas notórias que abordavam as discussões sobre a regulamentação das leis de custeio e benefícios da Previdência Social. Contudo, o ponto culminante do movimento ocorreu com a “mobilização dos 147%”, que remete à luta dos aposentados contra o governo sobre o aumento de aposentadorias e pensões. Os aposentados contestaram o reajuste, considerando-o inferior ao índice aplicado ao salário-mínimo, que era de 147,06%. Aposentados e pensionistas promoveram protestos em diversas cidades. Houve ampla repercussão tanto na sociedade quanto na mídia nacional, levando o Governo Collor a recuar nas alegações de que o ajuste resultaria na falência da Previdência, além de concordar em realizar o pagamento da dívida de forma parcelada.

Embora a reivindicação beneficiasse apenas uma fração dos aposentados e pensionistas, excluindo aqueles em situações financeiras mais críticas, eles se tornavam importantes atores sociais dentro do processo político do país, organizando um movimento com suas próprias demandas, de natureza identitária, evoluindo de “velhos” para “a maior categoria do país” (Simões, 2000, 2007). Além da mobilização focada nas questões financeiras, o movimento também buscou transformar a percepção sobre os idosos aposentados.

De acordo com Simões (2007, p. 20), as falas dos aposentados reuniam:

A ênfase se encontra na saúde e na capacidade de julgamento, destacando-se em relação aos estereótipos de velhice e desinteresse; ressalta-se o histórico profissional do trabalhador, contrastando com a imagem do ‘idoso que só se preocupa em comer, descansar, se queixar e opinar’; e, talvez mais relevante, há ênfase na função de suporte e provedor familiar, contrapondo-se à representação do idoso como um ‘fardo’ para os filhos e parentes mais jovens.

Nesse contexto, havia inquietação em relação à “consciência” política dos aposentados engajados, promovendo sua identidade como ex-ativistas sindicais e membros de associações, evidenciando a relevância da luta pelos direitos dos aposentados e do público idoso. Essa conscientização, inclusive, deveria abarcar todos os aposentados e idosos para garantir uma inclusão mais abrangente e a participação desse grupo na comunidade.

Conforme Debert (2012), naquele intervalo, ocorreu a disseminação de vários programas direcionados para os idosos, que também geraram visibilidade para a denominada “terceira idade”. No entanto, segundo Simões (2007), o debate político estava ausente nas agrupações de terceira idade, que apenas se concentravam em atividades de lazer, afastando-se do verdadeiro sentido da luta e das reivindicações dos aposentados e idosos, tornando-se assim mais suscetíveis à manipulação de políticos e do governo. Apesar das eventuais divergências na mobilização e na forma de envolvimento do movimento dos aposentados em comparação com os grupos de terceira idade, a visibilidade que a velhice obteve nas últimas três décadas foi influenciada tanto pelo trabalho realizado pelas associações de aposentados, quanto pela criação de outros ambientes. Esses ambientes foram mais voltados para a reunião da população idosa, como faculdades e universidades para a terceira idade, grupos de convivência, clubes para a melhor idade, entre outros.

Debert (2012) destaca o surgimento das associações e programas para a terceira idade como formas de coletividade, onde a idade cronológica é o elemento principal que une os participantes. A autora menciona organizações pioneiras na implementação de programas no Brasil, como o SESC, a LBA e as Universidades para a Terceira Idade, sublinhando sua função: [os] programas foram e continuam a ser desenvolvidos com o objetivo de restaurar a dignidade do idoso, amenizar os problemas da solidão, e desconstruir os preconceitos e estereótipos que as pessoas tendem a absorver. O foco é valorizar o cidadão mais velho, criando oportunidades para o lazer, mas também para o “aprendizado da cidadania”, como gostam de enfatizar com entusiasmo seus organizadores (Debert, 2012, p. 162).

Os programas criaram ambiente colaborativo que se concentrava nas transformações culturais, as quais permitiram a reinterpretação das ideias sobre a velhice, os modos de vida e as relações sociais, principalmente para as mulheres. Isso contrasta com as mudanças políticas e econômicas promovidas pelas organizações de aposentados, que são, na sua maioria, compostas por homens. Debert (1999, p. 189-190) destaca ainda que existem maneiras diferentes de resistência entre os gêneros “contra os preconceitos e os estereótipos

relativos ao envelhecimento e a formação – por meio de programas e associações – de espaços coletivos para vivenciar experiências novas na história”.

Uma das marcas do movimento dos aposentados é o conceito de “aposentadoria ativa”, que não é apenas um tempo de descanso ou de isolamento no lar. Pelo contrário, incentiva os idosos a continuarem engajados na vida comunitária, assim como os grupos voltados à terceira idade. Ambos rejeitam as representações negativas da velhice (isolamento, enfermidades, futilidade, indiferença) e buscam atividades que promovam a independência e a autonomia, que são essenciais para um envelhecimento positivo.

Portanto, tanto para homens quanto para mulheres, nas associações de aposentados ou entre os grupos de terceira idade, o que está em questão é a busca por uma vida ativa e inserida em com seus direitos de cidadão assegurados.

2.2.5 Políticas públicas no Brasil sobre o envelhecimento

As iniciativas de saúde no Brasil voltadas para indivíduos com mais de 60 anos, que estão aposentados ou incapazes de trabalhar, estavam, a princípio, associadas a temas de emprego, previdência social e assistência. Com o passar do tempo, houve certas transformações no sistema de saúde brasileiro, mas estas não ofereciam diretrizes específicas focadas na saúde dos idosos.

O desenvolvimento e a promulgação de leis e diretrizes que orientam as políticas públicas de saúde para os mais velhos foram impactados pelas discussões em nível internacional. A atenção aos direitos básicos e ao envelhecimento global fomentou um diálogo entre organizações internacionais e os países que assinaram acordos, incluindo o Brasil (ONU, 2003). Considerando a inclusão das questões de envelhecimento na agenda política tanto internacional quanto nacional, a designação “idoso” foi firmada pelo Estado brasileiro dentro das políticas públicas, reconhecendo os idosos como titulares de direitos. Essa classificação de “idoso” reuniu esse grupo da população sob um critério etário (60 anos ou mais), englobando diversas outras categorizações (“aposentados”, “pensionistas”, “ancianos”, “terceira idade”, “melhor idade”, entre outras) que frequentemente eram vistas como opostas ou distintas.

Duas legislações textos foram essenciais para essa afirmação e, por consequência, para as alterações nas políticas públicas destinadas à população em envelhecimento, sendo eles:

- a Política Nacional do Idoso (PNI), que foi oficializada em 1994 e regulamentada em 1996, com o propósito de garantir os direitos sociais dos idosos, estabelecendo condições para fomentar sua autonomia, integração e

participação efetiva na sociedade, além de reafirmar o essencial direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS;

- o Estatuto do Idoso, que começou a vigorar em 2003, onde as pessoas com 60 anos ou mais passaram a ser reconhecidas como parte de uma população com direitos específicos assegurados e regulamentados por lei.

Em 1999, três anos após a regulamentação da Política Nacional do Idoso, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de ter uma política voltada especificamente para a saúde dos idosos e aprovou a PNSI, a qual já discorremos anteriormente. Esta abordagem da saúde considera que um dos principais desafios que podem afetar os idosos é a diminuição da “capacidade funcional”, isto é, a perda das habilidades físicas e cognitivas essenciais para a realização das “atividades básicas do dia a dia” e “atividades instrumentais da vida diária”.

A PNSI estabeleceu como diretrizes principais: promover um envelhecimento saudável; preservar a autonomia e a capacidade funcional; atender às necessidades de saúde dos idosos; reabilitar a capacidade funcional prejudicada; e apoiar o desenvolvimento de cuidados informais.

Em 2006, foi realizada uma revisão pelo Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006). Essa política estabelece que as entidades e órgãos responsáveis devem desenvolver ou ajustar planos, projetos e ações de acordo com as diretrizes e responsabilidades estabelecidas.

O objetivo é restaurar, preservar e fomentar a autonomia e a independência dos idosos, seguindo os princípios e diretrizes do SUS. Naquele mesmo ano, foi criado pelo SUS o Pacto pela Saúde 2006, que destaca as necessidades de saúde da população no Brasil. O documento é dividido em três partes: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão do SUS. Dentro das prioridades do Pacto pela vida, inclui-se a saúde dos idosos, que está alinhada a “diretrizes” e “ações estratégicas” específicas (Brasil, 2006).

Conforme o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, os administradores em níveis federal, estadual e municipal são responsáveis por sugerir e implementar ações que visem: a promoção de um envelhecimento ativo e saudável; a manutenção e recuperação das capacidades funcionais; a atenção integral e integrada à saúde dos idosos; o incentivo a ações que envolvam múltiplos setores, buscando a integralidade do atendimento; a criação de serviços de cuidado domiciliar; o atendimento preferencial em unidades de saúde, respeitando as necessidades de risco; e o fortalecimento da participação e controle social, entre outros aspectos.

Em 2007, o Brasil foi o anfitrião da Segunda Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe, intitulada “Uma sociedade para todas as idades e de proteção baseada em direitos”. Este encontro reuniu delegados de países latino-americanos e caribenhos que são signatários da ONU, que juntos produziram um documento chamado Declaração de Brasília. O objetivo foi identificar futuras prioridades para a implementação da Estratégia Regional para a América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento, enfrentando as oportunidades e desafios que o envelhecimento populacional trará nas próximas décadas e promovendo uma sociedade inclusiva para todas as idades (ONU, 2007).

A estratégia regional do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, que é referida na Declaração de Brasília, se divide em três áreas principais: o desenvolvimento de pessoas idosas, a saúde e o bem-estar na terceira idade, e a criação de ambientes favoráveis. A meta é implementar ações que abranjam essas áreas em níveis local, nacional, sub-regional e regional, através da promoção de diálogos e colaborações entre governos, a ONU, a cooperação internacional e Sul-Sul, a sociedade civil e o setor privado. Entre as metas está “aumentar a conscientização sobre a mudança na estrutura demográfica, especialmente em relação ao ritmo do envelhecimento populacional e suas implicações econômicas, de saúde, sociais e culturais” (ONU, 2007).

Em alinhamento com as iniciativas de promoção da saúde e o envelhecimento da população global, a OMS criou, em 2005, um documento chamado “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde.” A proposta do envelhecimento ativo visa expandir o conceito de “envelhecimento saudável” que já havia sido desenvolvido pela OMS, fundamentando-se no respeito aos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de autonomia, participação, dignidade, apoio e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2005). Assim, o Envelhecimento Ativo se tornou o foco principal da política de saúde no Brasil. A proposta de envelhecimento ativo e saudável inclui elementos mais amplos, como a interconexão entre a saúde física e mental, a autonomia financeira, a funcionalidade e o suporte social.

2.3 OS CONSELHOS DE DIREITOS DO IDOSO

Como foi abordado ao longo deste trabalho, a legislação federal estabelece um sistema de garantias de direitos que inclui políticas para grupos sociais considerados mais vulneráveis.

Nesse contexto, surgem os conselhos de direitos, com o objetivo de debater políticas públicas, facilitar o exercício da cidadania e combater a discriminação. No caso dos Conselhos

de Direitos do Idoso, eles têm a finalidade de promover a participação, incentivar e monitorar as políticas públicas, orientar sobre os direitos e lutar contra a discriminação em razão da idade.

A mencionada Lei nº 8.842/94, que trata da Política Nacional do Idoso e estabelece o Conselho Nacional do Idoso, define as responsabilidades dos órgãos e entidades públicas encarregados de cuidar e promover o bem-estar dos idosos. A norma determina que o ministério responsável, que é a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, deve organizar e gerenciar a política voltada para os idosos, em colaboração com os conselhos nacional, estaduais, distrital e municipais dedicados aos direitos dos idosos. No que diz respeito à supervisão, monitoramento, fiscalização e avaliação dessas políticas, esta responsabilidade é atribuída aos conselhos em suas respectivas instâncias político-administrativas (nacional, estaduais, distrital e municipais) (Brasil, 1994).

Todavia, apesar da aprovação da Lei nº 8.842 em 1994, que também contempla a formação do Conselho Nacional do Idoso e prevê um caráter deliberativo para os conselhos, os artigos referentes especificamente ao Conselho Nacional receberam veto (Brasil, 1994).

Apenas oito anos depois, com o Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), mas sua função foi limitada a um órgão consultivo (Brasil, 2002a). Em 13 de maio de 2002, no mesmo dia da fundação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, as ações propostas no Decreto nº 4.229 do Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH também estabeleceram a competência do Estado na defesa e promoção dos direitos dos idosos (Brasil, 2000).

Dentre as ações governamentais sugeridas estão:

- criar, fortalecer e descentralizar programas de assistência aos idosos, conforme a Lei nº 8.842/1994, para facilitar sua integração à família e à sociedade, além de promover seu atendimento em seus próprios lares;
- apoiar a criação do Conselho Nacional do Idoso, a formação de conselhos estaduais e municipais voltados à defesa dos direitos dos idosos e a implementação de programas de proteção, com envolvimento de organizações não-governamentais;
- incentivar a fiscalização e o controle social dos centros que atendem a idosos.

Nesse contexto, os Conselhos de Direitos são entidades coletivas, permanentes, que atuam de forma consultiva e decisiva, responsáveis pela formulação, monitoramento e avaliação das políticas públicas a nível federal, estadual e municipal. Segundo Arzabe [2004?], esses conselhos são estruturas relativamente novas e pouco investigadas no que se refere à

elaboração de políticas públicas, e seu perfil sugere uma nova interpretação da democracia representativa, além de um aumento dos direitos políticos. A formação e o estabelecimento de competências, conforme mencionado anteriormente, ocorre através de legislações e, em algumas áreas, a existência do conselho é uma condição legal para o envio de recursos da União para Estados e Municípios, assim como dos Estados para os Municípios.

Dessa forma, a constituição de um Conselho de Direitos do Idoso não requer necessariamente a mobilização da sociedade civil; no entanto, está relacionada às exigências legais e à participação de vários atores políticos. Tendo isso em mente, é relevante questionar quem são os participantes dos Conselhos de Direitos do Idoso, como essa participação se dá, quais os espaços e funções que os idosos e os representantes institucionais ocupam, e quais as interações e negociações que ocorrem entre eles no âmbito das políticas públicas. A criação de espaços que promovam uma participação mais robusta dos idosos e uma atuação mais estruturada da sociedade está diretamente alinhada às orientações da ONU, assim como às da OMS, que defendem o conceito de “envelhecimento ativo”.

A expressão “ativo” diz respeito ao engajamento contínuo em questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à capacidade de estar fisicamente envolvido ou de integrar a força de trabalho. Idosos que se aposentam ou que enfrentam alguma enfermidade ou situação de necessidade especial ainda podem contribuir de forma significativa para suas famílias, companheiros, comunidades e países (WHO, 2005).

Nesse aspecto, a criação desses espaços de debate acerca de políticas públicas também se alinha à filosofia liberal, na qual o Estado tem um papel menos controlador, buscando fomentar a participação popular e, por consequência, assegurar que as responsabilidades sejam divididas entre todos, independentemente da faixa etária.

Assim, para garantir a participação prolongada desses indivíduos – além das dimensões de saúde e segurança que sustentam este projeto político – é necessário que as pessoas se empenhem em promover um envelhecimento ativo. A organização e a gestão das políticas públicas voltadas para um determinado grupo social ou para uma área temática específica são responsabilidades do órgão governamental pertinente, juntamente com a participação, quando existente, dos conselhos nas esferas nacional, estadual, distrital e municipal.

Legalmente, a formação de um conselho está sujeita a quatro fatores:

1. a elaboração e discussão de um plano preliminar são essenciais em fóruns de debate que envolvem líderes, pessoas idosas, organizações e autoridades governamentais;
2. deve receber a atenção do poder executivo;

3. deverá ser encaminhado ao poder legislativo como uma mensagem para ser analisado e votado como uma proposta de lei;
4. retornar ao poder executivo para a sua aprovação (Pelegrino, 2009, p. 36).

Após a aprovação, os conselhos se tornam parte de um ministério ou secretaria que mantém a conexão temática e funcional. A seleção dos conselheiros segue uma divisão equitativa entre os representantes do governo e da sociedade civil. O regimento interno de cada conselho define os critérios para essa divisão e a votação dos conselheiros, além de regular toda a sua estrutura, operações e os processos internos. Os representantes do governo são designados pelo executivo, enquanto os membros da sociedade civil precisam ser escolhidos por seus colegas em conferências ou fóruns organizados para esse propósito.

É relevante destacar que, após a eleição da primeira diretoria do CNDI, em 28 de fevereiro de 2003, uma das principais decisões tomadas foi solicitar a transformação do Conselho em um órgão deliberativo. Um conselho deliberativo possui o poder de decidir sobre políticas públicas, ou seja, pode discutir questões relacionadas aos idosos e, essencialmente, tomar decisões. No ano subsequente, em 2004, o CNDI adquiriu a função deliberativa. Nos níveis municipal e estadual, existem variações na natureza dos Conselhos de Direitos do Idoso, com alguns exercendo apenas funções consultivas e outros também atuando de forma deliberativa, conforme o que está descrito na legislação que os instituiu.

2.4 RESSIGNIFICANDO A IDEIA DE ENVELHECIMENTO ATIVO

A concepção de envelhecimento passou, ao longo da história, por um processo de resignificação que rompe com a ideia reducionista da velhice como um ciclo meramente biológico e inevitavelmente degenerativo. A noção de envelhecimento ativo emerge como uma reconstrução desse entendimento, ao deslocar o olhar da decadência física para a valorização da autonomia, da participação social e da dignidade humana. Essa mudança não se deu de forma espontânea, mas como resultado de transformações sociais, culturais, econômicas e políticas que reposicionaram a pessoa idosa no centro das discussões sobre cidadania e direitos humanos. Assim, envelhecer torna-se, cada vez mais, uma experiência plural, atravessada por fatores como classe, gênero, raça e acesso a políticas públicas, o que exige uma abordagem crítica e intersetorial.

Nesse contexto, o envelhecimento ativo não pode ser compreendido, apenas, como um ideal individual de manter-se produtivo, mas sim, como construção coletiva que envolve condições estruturais e acesso equitativo a bens e serviços sociais. A partir da atuação

profissional do Serviço Social, essa reconstrução da velhice é analisada à luz da questão social e das desigualdades historicamente constituídas, o que possibilita tensionar discursos normativos e promover práticas voltadas ao empoderamento, à escuta qualificada e ao protagonismo da pessoa idosa. Com isso, o envelhecimento ativo é resgatado como um direito social, e não como uma responsabilidade exclusiva do indivíduo sobre sua saúde, corpo ou inserção social.

Essa reconstrução conceitual, que desloca o envelhecimento de uma visão centrada no declínio para uma abordagem pautada em direitos, encontrou respaldo e legitimação em marcos internacionais fundamentais. A partir desse referencial, passou-se a enfatizar a importância de garantir condições para que as pessoas idosas possam exercer sua autonomia, manter-se inseridas na vida social e usufruir de segurança em todas as dimensões da existência.

Entre as entidades internacionais e suas propostas para administrar o envelhecimento populacional, destaca-se a OMS e a política de saúde chamada “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”. Segundo esse documento, é fundamental que os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil promovam políticas e programas voltados para a melhoria dos três pilares considerados essenciais para a população idosa: saúde, participação e segurança (OMS, 2005).

A estratégia de planejamento das iniciativas para essa faixa etária passou a ser orientada por uma perspectiva de direitos. Isso representa uma transformação na maneira de elaborar as ações, avançando em direção a uma política de direitos que também exige “responsabilidade”, – ou culpabilidade – dos indivíduos para garantir sua efetividade. Este movimento travestido de efetivação de direitos, tem de ser analisado cuidadosamente sob a ótica de uma possível negligência, e até desresponsabilização do estado, em prover o chamado “envelhecimento ativo” como de fato uma política.

Certamente, é muito importante considerar os avanços e conquistas obtidos nas políticas voltadas ao envelhecimento, porém, a promoção destas políticas implica em ampla divulgação, e principalmente, a garantia de acesso a elas. Promover ações e serviços, impondo responsabilidades enviesadas, não faz parte do que se compreende pela garantia de direitos. O conceito de “envelhecimento ativo” abrange tanto pessoas quanto grupos populacionais, referindo-se a um processo que visa ampliar as oportunidades de saúde, participação e segurança, permitindo que as pessoas reconheçam seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida. Também busca assegurar que elas se envolvam na sociedade conforme suas necessidades, desejos e habilidades; ao mesmo tempo, proporciona proteção, segurança e cuidados adequados quando necessário.

O termo “ativo” implica na participação contínua em questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas, e não apenas na habilidade de estar fisicamente ativo ou de integrar a força de trabalho. Mesmo os idosos que se aposentam ou aqueles que enfrentam doenças ou possuem necessidades especiais podem continuar a contribuir de forma significativa para suas famílias, amigos, comunidades e nação (WHO, 2005).

Percebe-se que a realização do projeto de Envelhecimento Ativo requer uma definição ampliada de vários contextos que permeiam a vida humana, levando em consideração as dimensões físicas, mentais e sociais não apenas na velhice, mas durante toda a vida. Sendo assim, acolhendo e reconhecendo os mais variados aspectos culturais, responsáveis pela formação sociocultural do idoso, suas vivências, memórias, aprendizados, estilo de vida, tempo histórico, limitações, potencialidades, e infinitas variáveis que o tornam o sujeito individual e subjetivo no tempo atual. Nesse contexto, para que os indivíduos possam alcançar condições desejáveis em relação à saúde, participação e segurança, é imprescindível preservar a “autonomia” e a “independência” (OMS, 2005).

Assim, estabelecer direitos faz com que a conquista da “autonomia”, da “independência” e, como consequência, da “qualidade de vida” se torne um dos principais objetivos da política. Assim, o Envelhecimento Ativo propõe que os mais velhos assumam a responsabilidade de se manterem ativos e saudáveis o máximo que puderem, além de se envolverem nos processos políticos e nas diversas dimensões da vida comunitária, comprometendo-se com a defesa de seus direitos e assumindo posições de protagonismo na cidadania. O documento explora os significados associados a “autonomia”, “independência” e “qualidade de vida”. Esses três termos são frequentemente utilizados em várias áreas e contextos, podendo ter diferentes interpretações para os indivíduos envolvidos, como naturalmente seria, uma vez que a individualidade do sujeito o faz ter percepções diferentes sobre estes conceitos. Autonomia refere-se à capacidade de gerenciar, controlar e decidir sobre a própria vida diária baseado nas preferências pessoais (OMS, 2005).

Independência, por sua vez, é geralmente vista como a habilidade de realizar atividades da vida cotidiana – ou seja, a possibilidade de viver de forma autônoma na sociedade com ou sem assistência. Qualidade de vida é definida como “a forma como o indivíduo percebe sua posição na vida dentro de seu contexto cultural e do sistema de valores do local onde reside, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esses termos são amplos e incluem de maneira complexa a saúde física, o estado mental, o grau de dependência, as relações sociais, as crenças e a interação com características marcantes do ambiente” (OMS, 1994). Com o envelhecimento, a qualidade de vida de uma pessoa é significativamente

influenciada pela sua capacidade de manter tanto a autonomia quanto a independência (WHO, 2005).

A preservação dessas “habilidades” – que são vistas como autonomia e independência na política – durante o envelhecimento é essencial para alcançar boa “qualidade de vida”. O documento ressalta a amplitude e a complexidade deste último conceito, considerando que ele “incorpora” vários aspectos na mesma pessoa, como saúde, estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças e interações com o ambiente. Além disso, a “qualidade de vida” é vista como a percepção que o indivíduo tem de si mesmo no mundo, e essa percepção, apesar da dificuldade mencionada pela própria OMS de quantificá-la, é influenciada pela capacidade do sujeito de ficar autônomo e independente.

O documento mencionado destaca que todos os envolvidos (estados-membros, organizações não governamentais, instituições acadêmicas, setor privado) precisam clarificar e divulgar o conceito de “envelhecimento ativo”. Essa clarificação e promoção devem ocorrer “por meio de diálogo, discussão e debate na política, na educação, em fóruns públicos e na mídia, como rádio e televisão” (WHO, 2005, p. 55). O objetivo, de acordo com a política, é progredir no que entende como “movimento pelo envelhecimento ativo”. Esse “movimento” abrange diversas ações, objetivos, áreas de conhecimento e agentes tanto nacionais quanto internacionais, todos comprometidos com uma abordagem particular para a gestão do envelhecimento.

Portanto, as iniciativas nos três pilares do “envelhecimento ativo” (saúde, participação e segurança) necessitam de suporte por meio de atividades que visem aumentar o conhecimento sobre o tema, incluindo avaliação, pesquisa, vigilância e a divulgação dos achados dessas investigações. Para entender a lógica que guia a política de Envelhecimento Ativo, suas metas e fundamentos, é crucial destacar algumas mudanças de direção que a OMS experimentou na década de 1990. Nesse contexto, apresento um trecho do documento que discute os aspectos relacionados à lógica citada anteriormente:

Em 1995, ao alterar o nome do seu “Programa de Saúde do Idoso” para “Envelhecimento e Saúde”, a OMS (2002, p. 53) indicou uma significativa mudança de direção. Ao invés de segmentar os idosos, a nova denominação trouxe uma visão de curso de vida: todos estão envelhecendo, e a melhor maneira de garantir saúde para as futuras gerações de idosos é através da prevenção de enfermidades e da promoção da saúde ao longo da vida.

Por outro lado, para entender a saúde dos idosos atuais, é necessário levar em conta as vivências que tiveram durante suas vidas. O objetivo do Programa de Envelhecimento e Saúde foi formular políticas que garantam “a melhor qualidade de vida possível, pelo maior

tempo possível e para o maior número de pessoas possível” (OMS, 2005, p. 54). Para atingir esse propósito, a OMS (2005) deve fomentar o conhecimento sobre gerontologia e geriatria por meio de programas de treinamento e pesquisa.

É fundamental enfatizar o apoio a iniciativas que sejam interdisciplinares e intersetoriais, especialmente aquelas voltadas para países em desenvolvimento, que enfrentam um crescimento acelerado e sem precedentes da população idosa em um contexto de pobreza significativa e problemas de infraestrutura não resolvidos (WHO, 2005). A partir do documento citado, um ponto merece destaque: o Programa de Envelhecimento e Saúde: “a melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível” (WHO, 2005, p. 54). Nota-se uma transformação de visão que, inicialmente, estava centrada na pessoa idosa, mas logo passa a se concentrar no curso de vida.

Com essa abordagem, a prioridade das ações se volta para a prevenção de doenças e a promoção da saúde não apenas para aqueles que já envelheceram, mas para toda a população ao longo de sua vida. Isso indica que tanto a sociedade quanto o indivíduo têm o compromisso e a responsabilidade de cuidar da sua saúde desde cedo. Assim, a observação de que a população está envelhecendo e que esse processo deve acontecer de forma saudável, preservando a capacidade funcional e a autonomia, é uma preocupação central das estratégias de saúde ao longo da vida, desde a gestação até a fase de envelhecimento.

Castro (2009), ao investigar os conceitos desse autor através de uma ampla revisão de sua obra, esclarece o significado de “biopolítica”: o termo “biopolítica” refere-se ao modo como, a partir do século XVIII, se procurou racionalizar as questões enfrentadas pela prática governamental em relação a fenômenos que dizem respeito a um grupo de seres vivos enquanto população: saúde, higiene, natalidade e raça.

Essa nova forma de poder se ocupará, então:

- 1) da relação de nascimentos, falecimentos, taxas de reprodução e a fecundidade da população, ou seja, a demografia.
- 2) das doenças endêmicas: sua natureza, extensão, duração e gravidade das enfermidades presentes na população, assim como da higiene pública.
- 3) da terceira idade e das doenças que tornam o indivíduo incapaz de participar do mercado de trabalho, assim como dos seguros, tanto individuais quanto coletivos, e da aposentadoria.
- 4) da interação com o meio ambiente, incluindo o clima, urbanismo e ecologia (Castro, 2009, p. 60).

Nesse contexto, saúde e envelhecimento estão entre os desafios enfrentados pela prática governamental, e nenhum desses problemas pode ser separado da esfera da racionalidade política, “dentro da qual eles surgiram e se tornaram relevantes, ou seja, o

‘liberalismo’” (Foucault, 2011, p. 459). Conforme o autor, o liberalismo não deve ser encarado como uma teoria, uma ideologia ou uma forma de a “sociedade se representar”, mas sim como uma prática, um “modo de agir orientado para metas e regulando-se por meio de uma reflexão contínua” (Foucault, 2011, p. 460).

O termo “governo” por sua vez não se refere a uma instituição específica, mas à ação de administrar o comportamento dos indivíduos dentro de um determinado contexto e por meio de ferramentas estatais. Para esse autor, o conceito de “governo” se relaciona com a dimensão da prática e com o conjunto de ações que influenciam ações possíveis.

Essa ideia de “governo” leva em conta duas direções principais: 1) o governo como uma interação entre os sujeitos e 2) o governo como uma relação consigo mesmo. Assim, o exercício do poder ou a “arte de governar” envolve orientar comportamentos. Segundo o autor: “[...] a ‘conduta’ representa, simultaneamente, a ação de ‘guiar’ os outros (por meio de métodos de coerção que variam em rigor) e a forma de agir em um espaço de possibilidades mais ou menos amplo” (Foucault, 1995, p. 244).

O ato de exercer poder envolve “guiar condutas” e regular a probabilidade.

[...] Nesse contexto, governar significa moldar o eventual espaço de atuação dos demais. [...] Ao descrever o exercício do poder como uma forma de influenciar as ações de outras pessoas, quando o definimos como o “governo” entre os indivíduos, estamos incluindo um aspecto significativo: a liberdade. O poder se manifesta somente sobre “indivíduos livres”, enquanto “livres” – compreendendo isso como indivíduos ou grupos que têm diante de si um conjunto de opções onde diferentes condutas, reações e comportamentos podem ocorrer (Foucault, 1995, p. 243-244).

A “governamentalidade” representa o aspecto da racionalização da prática. Essa ideia está em sintonia com os conceitos de “governo” mencionados anteriormente e é definida por: o conjunto de instituições, métodos, análises e reflexões, planejamentos e estratégias que tornam possível executar esse tipo específico e complexo de poder, com o foco principal na população, tendo a economia política como a forma de conhecimento mais relevante e os dispositivos de segurança como ferramentas técnicas essenciais.

Em segundo lugar, por “governamentalidade”, refiro-me à tendência, à força que, no Ocidente, tem constantemente direcionado, há muito tempo, para a predominância desse tipo de conhecimento que se denomina “governo” acima de todos os outros: soberania e disciplina. Isso, de um lado, impulsionou o surgimento de uma série de estruturas governamentais específicas e, do outro, o desenvolvimento de um conjunto de saberes (Foucault, 2010).

A investigação sobre a “governamentalidade” requer a análise das formas de racionalidade, métodos técnicos e modos de instrumentalização, visando compreender a

interação entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de autoconhecimento (ou seja, a relação do sujeito consigo próprio). Assim, para Foucault (2010), a “arte de governar” está relacionada, entre outras coisas, às maneiras pelas quais os governados são incentivados a se autodirigir de forma racional e livre. Portanto, conforme o “novo paradigma”, as iniciativas e diretrizes para o envelhecimento ativo precisam promover a responsabilidade pessoal no que diz respeito ao autocuidado. Isso pode ser alcançado através do planejamento e da preparação para a fase da velhice, através de um comprometimento individual em adotar hábitos saudáveis durante todas as etapas da vida.

Dessa forma, será possível viver com maior autonomia, independência e contribuir com sua capacidade de trabalho por um período mais prolongado. Além disso, é fundamental estabelecer ambientes que promovam apoio e cooperação entre diferentes faixas etárias, assim como cultivar uma nova e positiva percepção sobre a velhice. Essa nova visão da velhice, conforme o modelo sugerido pela OMS (2002), deve se distanciar dos estereótipos relacionados à aposentadoria, enfermidade e dependência.

2.5 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ENVELHECIMENTO ATIVO: REFLEXÕES SOBRE A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Neste subcapítulo trata-se do papel do assistente social e seus compromissos, consagrados pelo Conselho Federal, quanto aos idosos e à própria velhice ativa, abordando-se a mediação, como instrumento de concretização do exercício de direito da pessoa idosa.

2.5.1 Mediação

A mediação exercida pelo Serviço Social no campo do envelhecimento ativo configura-se como eixo central na efetivação de direitos e no enfrentamento das desigualdades que atravessam a velhice. Atuando na interface entre sujeitos, instituições e políticas públicas, o/a assistente social contribui para a construção de respostas sociais mais humanizadas e contextualizadas, promovendo o acesso à informação, o fortalecimento dos vínculos sociais e o empoderamento da pessoa idosa. Essa mediação não se restringe à operacionalização de programas e serviços, mas envolve uma prática crítica e propositiva, que considera as múltiplas expressões da questão social e os condicionantes históricos que limitam o exercício da cidadania na velhice.

A prática do Serviço Social junto à população idosa deve fundamentar-se nos direitos humanos e em abordagens teóricas que reconheçam a interação entre indivíduo e sociedade. O Serviço Social é, simultaneamente, campo acadêmico e prática inserida nas políticas públicas que impactam diretamente os processos de envelhecimento. Payne (2011), ao discutir o Serviço Social humanista, propõe uma reconfiguração das práticas profissionais, especialmente em contextos de vulnerabilidade complexa. Essa abordagem valoriza a racionalidade, a autonomia, o bem-estar e a responsabilidade social.

O humanismo não está vinculado a uma perspectiva religiosa, mas sim à valorização do ser humano como agente consciente e capaz de transformar sua realidade. A abordagem humanista é integradora, pautando-se na criatividade, no pensamento crítico e na avaliação contínua das práticas. Seus fundamentos incluem a fenomenologia, o construtivismo e o interacionismo simbólico, os quais destacam a importância das relações sociais e das redes de apoio (Grey; Webb, 2009; Payne, 2011; Thompson, 2010). Na prática profissional, essa abordagem implica em escutar ativamente os idosos, reconhecendo os significados que atribuem às suas experiências e contextos de vida. O diálogo, a empatia e o respeito à individualidade tornam-se centrais para o fortalecimento da autonomia. Nesse cenário, o assistente social atua como facilitador e defensor dos direitos, incentivando o protagonismo da pessoa idosa.

Está ocorrendo a construção de uma sociedade que expressa riscos para aqueles que não se encaixam em seus moldes injustos. Para Beck (1992), vivemos em uma sociedade em que parte da identidade de qualquer sujeito é construída a partir da sua relação laboral, e quando se altera, a pessoa incorre ao risco de ficar vulnerável, seja por motivos econômicos, sociais, familiares ou outros.

Nesse sentido, a intervenção do assistente social, continuamente confrontado com os direitos dos indivíduos excluídos, negligenciados, marginalizados ou esquecidos, torna-se essencial. Esse profissional não é um mero executor das políticas lançadas pelo Estado, mas sim um agente de regulação social, cuja prática pode orientar-se por estratégias de normalização, adaptação, emancipação e promoção da autonomia (Nunes; Hoven, 2003). Além disso, os assistentes sociais são reconhecidos por sua capacidade de adaptação a diversas realidades e pela valorização da aprendizagem entre pares (Mouro, 2013). Faleiros (2004) aponta que o campo de atuação do assistente social está situado nas conjunturas em que as políticas sociais se cruzam com interesses concretos. Hoven (2003) complementa que a identidade do Serviço Social deve ser compreendida no contexto em que se desenvolve.

A atuação profissional, contudo, é frequentemente condicionada por fatores externos à sua ação. No campo do envelhecimento, o assistente social deve estar capacitado em conhecimentos de gerontologia, bem como aspectos biopsicossociais da velhice. Essa capacitação é fundamental para qualificar a intervenção sem desviar o profissional de suas atribuições originais, evitando sobrecargas ou responsabilizações indevidas. O atendimento à pessoa idosa deve ocorrer em um contexto interdisciplinar, respeitando os limites de atuação das diferentes categorias profissionais. A articulação de saberes é essencial para desenvolver protocolos e estratégias que promovam um cuidado integral e humanizado. Essa abordagem deve considerar desde as necessidades primárias até os aspectos psicossociais, favorecendo um envelhecimento ativo.

A intervenção social deve partir de uma avaliação diagnóstica abrangente, como destaca Ribeirinho (2005). Avaliações funcionais da pessoa idosa devem considerar fatores como envelhecimento fisiológico, estilo de vida e condições socioeconômicas, resultando em planos de intervenção individualizados e preventivos. A participação ativa da pessoa idosa e de seus familiares no processo de atendimento e atuação do assistente social, é fundamental. A velhice não pode ser compreendida apenas como uma fase de perdas, mas sim como um momento que exige reconhecimento da trajetória de vida e das singularidades de cada indivíduo (Antônio, 2013).

O aumento da população idosa implica desafios sociais e de saúde, exigindo políticas eficazes de combate à pobreza, desigualdade, solidão e discriminação etária. A intervenção baseada no modelo psicossocial valoriza o percurso de vida e promove uma relação de empatia e confiança entre profissional e usuário. Essa relação é determinante para o sucesso da intervenção, permitindo que a pessoa idosa participe ativamente da definição dos objetivos e estratégias de atendimento. A escuta ativa é essencial nesse processo, evitando expectativas irreais e favorecendo o protagonismo do idoso.

No âmbito comunitário, destaca-se o modelo de ação social proposto por Rothman (2014), que evidencia a perda de controle que muitos idosos enfrentam sobre suas próprias vidas. A mediação social, nesse contexto, torna-se uma prática fundamental. Ela promove a construção de alternativas a conflitos e fortalece os vínculos sociais e familiares (Almeida, 1995; Neves, 2010). A mediação é um processo que valoriza a participação dos sujeitos na resolução de conflitos, no reconhecimento de seus direitos e na reconstrução de laços sociais. O mediador atua como facilitador do diálogo, promovendo a cidadania e apoiando a criação de respostas sociais eficazes. Importa, no entanto, distinguir entre mediação enquanto processo e as técnicas específicas utilizadas na intervenção (Neves, 2010).

Na velhice, a mediação social contribui para transformar problemas em oportunidades de ação integrada, fortalecendo tanto os aspectos objetivos quanto subjetivos da qualidade de vida. Os modelos de intervenção devem ser flexíveis, construídos a partir das interações humanas e adaptados às realidades específicas. Essa abordagem dinâmica exige reflexão contínua e compromisso ético-político, consolidando uma cultura profissional crítica e responsiva (Carvalho; Baptista, 2004).

2.5.2 O Serviço Social: prática e intervenção profissional na promoção do envelhecimento ativo

A prática profissional do Serviço Social na promoção do envelhecimento ativo está fundamentada em um projeto ético-político comprometido com a defesa dos direitos humanos, a ampliação da cidadania e o combate às desigualdades sociais. Atuando de forma crítica e propositiva nos diferentes espaços socioinstitucionais – como unidades de saúde, serviços socioassistenciais, conselhos de direitos e organizações da sociedade civil –, o/a assistente social desenvolve ações que vão desde a orientação e encaminhamento até a mobilização coletiva e a articulação em rede. Sua intervenção visa garantir que as pessoas idosas tenham acesso a políticas públicas que promovam autonomia, participação e bem-estar, reconhecendo as condições concretas em que envelhecem.

Nessa perspectiva, o envelhecimento ativo não é compreendido como uma responsabilidade individual, mas como um direito social que depende da atuação do Estado, da sociedade e de profissionais comprometidos com práticas emancipatórias. A intervenção do Serviço Social no envelhecimento deve estar ancorada nos direitos humanos e em teorias que valorizem a interação do indivíduo com a sociedade.

Payne (2011), em sua abordagem sobre o Serviço Social humanista, propõe uma reformulação das práticas profissionais para enfrentar situações de vulnerabilidade complexas e multiproblemáticas. O humanismo enfatiza a capacidade do ser humano de raciocinar, agir e viver de forma consciente em relação ao ambiente que o cerca. Essa perspectiva não se confunde com religião e se baseia na valorização da dignidade, do bem-estar e da responsabilidade social (Payne, 2011). O Serviço Social adota abordagem integrativa, reconhecendo a importância do pensamento racional, da criatividade e da imaginação. Seu objetivo é promover o desenvolvimento humano por meio da inovação e da avaliação crítica das ações e ideias. A democracia, os direitos humanos e a liberdade pessoal são pilares fundamentais dessa abordagem.

Do ponto de vista científico, essa concepção está associada à fenomenologia psicológica e sociológica, ao construtivismo e ao interacionismo simbólico, destacando-se a importância das interações sociais e da construção de redes de suporte (Grey; Webb, 2009; Payne, 2011; Thompson, 2010). Na prática, essa abordagem implica compreender a experiência e os significados atribuídos pelos sujeitos às suas vivências, considerando fatores culturais, sociais e simbólicos. A relação de ajuda deve ser pautada no diálogo e na escuta ativa, permitindo que os idosos expressem seus sentimentos, pensamentos e estratégias para lidar com os desafios do cotidiano. Nesse contexto, o assistente social atua como facilitador e defensor dos direitos dos idosos, promovendo sua autonomia e participação ativa na sociedade.

A construção de protocolos específicos para o atendimento à pessoa idosa no âmbito do Serviço Social constitui uma estratégia metodológica fundamental para a organização da prática profissional, garantindo coerência técnica, ética e política às ações desenvolvidas. Esses instrumentos oferecem diretrizes para a atuação qualificada e possibilitam o registro sistematizado das demandas, intervenções e resultados, contribuindo para a efetividade do trabalho social.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), o envelhecimento ativo refere-se ao “processo de otimização das oportunidades para saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”. Tal concepção desloca a centralidade da velhice como fase de declínio e dependência, e passa a valorizar o papel ativo do idoso na sociedade. Para tanto, é necessário que os profissionais, especialmente os da política de assistência social, atuem de maneira a fortalecer a autonomia, os vínculos sociais e o acesso a direitos.

O Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994) e a Política Nacional de Assistência Social (Brasil, 2004) reforçam o compromisso do Estado com a garantia da proteção social e da dignidade na velhice, sendo o Serviço Social uma das profissões estratégicas para a mediação entre os sujeitos e as políticas públicas. Conforme Iamamoto (2008, p. 21), a profissão ocupa “um lugar específico na divisão social e técnica do trabalho, operando com as expressões da ‘questão social’, no âmbito das políticas sociais”.

Nesse contexto, a atuação do assistente social deve ser sustentada por uma perspectiva crítica, que compreende o envelhecimento como um fenômeno social, histórico e multifacetado, exigindo intervenções que articulem dimensões subjetivas e estruturais. Como destaca Silva (2010, p. 145), “não basta garantir a sobrevivência do idoso; é necessário assegurar a sua qualidade de vida, sua inserção social e o respeito à sua trajetória”. O protocolo apresentado a seguir foi elaborado com base nessas diretrizes, e propõe uma atuação voltada à

promoção do envelhecimento ativo, com ações intersetoriais, educativas e participativas, que buscam fortalecer a cidadania e a inclusão do idoso em diferentes espaços sociais. Este protocolo se articula ao conteúdo teórico deste capítulo, reafirmando a importância de práticas sistematizadas, éticas e comprometidas com os princípios da equidade, da justiça social e da valorização da velhice como etapa plena da vida.

Quadro 2 – Atuação do profissional do Serviço Social

Eixo de Atuação	Descrição das Ações	Estratégias Utilizadas	Objetivo Principal
1. Promoção da Autonomia	Estímulo à independência nas atividades diárias e fortalecimento da autoconfiança.	Grupos reflexivos, oficinas de direitos, orientação sobre serviços	Fortalecer o protagonismo e a autodeterminação da pessoa idosa
2. Estímulo à Participação Social	Incentivo à inserção da pessoa idosa em espaços de convivência, lazer, cultura, política e voluntariado.	Articulação com Centros de Convivência, conselhos, associações, movimentos sociais	Favorecer a inclusão social e a valorização do papel social do idoso
3. Educação em Direitos	Informações sobre o Estatuto do Idoso, Previdência, políticas públicas e canais de denúncia.	Roda de conversa, palestras, distribuição de material informativo	Empoderar a pessoa idosa no acesso a seus direitos e na denúncia de violações
4. Prevenção de Violências	Identificação precoce de situações de negligência, abuso, violência física, emocional ou financeira.	Escuta ativa, visitas domiciliares, articulação com rede de proteção	Proteger a pessoa idosa e garantir sua integridade
5. Promoção de Saúde Integral	Acompanhamento social integrado ao cuidado em saúde, com foco na prevenção e no autocuidado.	Ações intersetoriais com equipes de saúde, oficinas sobre autocuidado	Contribuir para a qualidade de vida e prevenção de agravos
6. Incentivo à Educação Permanente	Apoio à inclusão digital, à alfabetização e à participação em cursos e atividades cognitivas.	Parcerias com programas educacionais, oficinas de tecnologia e memória	Manter o idoso intelectualmente ativo e inserido no mundo contemporâneo
7. Fortalecimento da Rede de Apoio	Inclusão e valorização da família, comunidade e instituições na vida do idoso.	Mediação familiar, reuniões comunitárias, projetos intergeracionais	Promover vínculos afetivos e redes de suporte sustentáveis
8. Monitoramento e Avaliação	Avaliação contínua da efetividade das ações e readequação de estratégias conforme necessidades emergentes.	Relatórios, entrevistas de retorno, instrumentos de avaliação participativa	Qualificar a prática profissional e garantir ações alinhadas ao envelhecimento ativo

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

O protocolo foi desenvolvido a partir de vivências profissionais e de conhecimentos técnicos sobre o assunto. Este tem como função organizar e qualificar as ações desenvolvidas pelo assistente social, assegurando a efetividade das intervenções e a centralidade da pessoa idosa como sujeito de direitos. Articula-se os principais eixos propostos pela Organização

Mundial da Saúde (2005) no conceito de envelhecimento ativo – saúde, participação, segurança e aprendizagem ao longo da vida – com as competências técnicas e ético-políticas do profissional.

Além de ser um instrumento prático, o protocolo também reforça o compromisso do Serviço Social com perspectiva preventiva, emancipatória e intersetorial. Por meio de ações educativas, participativas e de fortalecimento da rede de apoio, busca-se não apenas responder às demandas já existentes, mas também criar condições para que a velhice seja vivida com qualidade, respeito e reconhecimento social. O envelhecimento tem gerado transformações na sociedade, na legislação e nas atitudes em relação às pessoas idosas. Esse grupo sempre foi relevante para o Serviço Social, mas sua vulnerabilidade crescente tem demandado maior atenção nos últimos anos. Em tempos de crise, a otimização de oportunidades para os idosos mais vulneráveis se torna um desafio central. O Serviço Social deve atuar para potencializar as capacidades dos idosos, possibilitando-lhes a reconstrução de vida compatível com suas condições de saúde e sociais.

Também o atendimento direto aos idosos, é essencial oferecer suporte aos cuidadores familiares, que desempenham um papel fundamental no cuidado cotidiano. A abordagem humanista, centrada na valorização da dignidade e dos direitos humanos, combate à discriminação e fortalece intervenções que promovam a autonomia e a autodeterminação. Sem essa perspectiva, o conceito de envelhecimento ativo corre o risco de se tornar apenas um ideal distante da realidade concreta vivida pelos idosos.

3 O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo constituiu-se como etapa essencial deste estudo, uma vez que possibilitou a aproximação direta com a realidade vivenciada pelos idosos e pelos profissionais que atuam nos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos dos municípios pesquisados. Por meio dessa aproximação, foi possível observar de forma sensível e contextualizada as práticas desenvolvidas, as relações estabelecidas no cotidiano institucional e as percepções que envolvem o envelhecimento ativo enquanto processo social e político. Essa etapa empírica buscou compreender não apenas os resultados objetivos das ações realizadas, mas também as subjetividades que emergem no encontro entre profissionais, usuários e território, permitindo que a análise dialogasse com as dimensões humanas e afetivas da velhice.

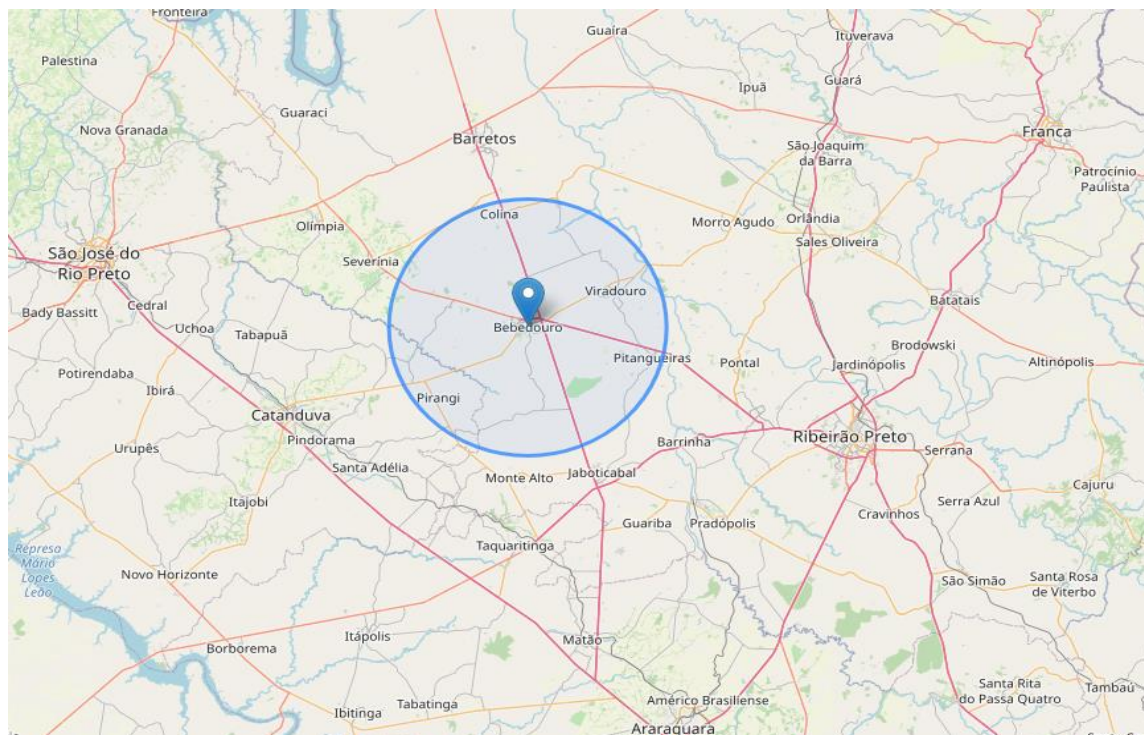
A coleta de dados ocorreu em três municípios do interior do estado de São Paulo – Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi –, conforme já enunciado anteriormente, contemplando tanto a aplicação de questionários aos idosos e profissionais quanto a observação participante registrada em diários de campo. Os Serviços de Convivência participantes da pesquisa têm origem pública, contando apenas com o financiamento de contrapartida da administração municipal, e são os únicos serviços com esse seguimento nos municípios.

As visitas aos serviços permitiram captar as singularidades de cada realidade local, ao mesmo tempo em que revelaram convergências importantes quanto às estratégias de promoção do envelhecimento ativo e à atuação do assistente social nesse contexto. O conjunto dos dados obtidos proporcionou uma leitura ampliada das práticas de convivência, evidenciando a importância das políticas públicas e das ações interdisciplinares na consolidação de uma velhice digna, participativa e socialmente reconhecida.

A observação participante, registrada sistematicamente nos diários de campo, contribuiu para identificar aspectos muitas vezes não captados apenas por instrumentos estruturados, como dinâmicas de acolhimento, formas de participação dos idosos nas atividades, modos de comunicação e manifestações de pertencimento ao grupo. Esse material permitiu compreender como as rotinas institucionais podem favorecer (ou limitar) a autonomia, a sociabilidade e a construção de sentido na velhice, especialmente quando consideradas as condições concretas de acesso aos serviços, o vínculo com as equipes e o reconhecimento das histórias de vida dos participantes. Assim, a presença contínua no campo possibilitou um olhar atento para a dimensão relacional do trabalho socioassistencial, destacando a centralidade do encontro como elemento constitutivo da intervenção profissional.

3.1 MUNICÍPIO DE BEBEDOURO-SP

Figura 1 – Mapa do município de Bebedouro-SP



Fonte: Google Maps³.

O município de Bebedouro, situado no nordeste do estado de São Paulo, pertence à região administrativa de Barretos e à mesorregião de Ribeirão Preto, estando aproximadamente a 379 km da capital paulista (IBGE, 2024). Com uma área territorial de 683,19 km², o município registrou uma população de 76.373 habitantes, no Censo de 2022, com estimativa de 78.210 habitantes para 1º de julho de 2024 (IBGE, 2024). A densidade demográfica é de 111,79 hab./km² (IBGE, 2024).

No que se refere ao desenvolvimento socioeconômico, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* do município foi de R\$ 52.575,43 em 2021 (IBGE, 2024). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), baseado em dados de 2010, é de 0,780, valor considerado elevado, com destaque para os subíndices de longevidade (0,845), educação (0,887) e renda (0,746) (IBGE, 2024).

De acordo com levantamento da imprensa local, baseado em dados da Secretaria Municipal de Saúde, os dados do Censo Demográfico de 2022 evidenciam que Bebedouro

³ Disponível em: acesso em: https://www.google.com/maps/place/Bebedouro+-+SP/@-20.9383276,-48.8562659,10z/data=!3m1!4b1!4m6!3m5!1s0x94bbe3ff3103bc1f:0x8eb5b8084c6185b5!8m2!3d-20.9318346!4d-48.4942802!16zL20vMDN5c3Ew?entry=ttu&g_ep=EgoyMDI2MDEyMS4wIKXMDS0KLDEwMDC5MjA3M0gBUAM%3D. Acesso em: 10 jan. 2026.

apresenta um percentual de 19,7% de sua população com 60 anos ou mais, o que corresponde a 15.047 habitantes do total de 76.373 (IBGE, 2022). Este índice revela grau de envelhecimento populacional acima da média estadual, que gira próximo a 15,2% para a população idosa em São Paulo. Tal discrepância sugere que o município, em comparação com outros de porte populacional semelhante no interior paulista, vivencia de forma mais acentuada a transição demográfica, caracterizada pelo aumento da longevidade e redução das faixas etárias mais jovens. Esse cenário reforça a necessidade de políticas públicas voltadas ao envelhecimento ativo, à saúde e à participação social da população idosa, de modo a garantir qualidade de vida e sustentabilidade das redes de apoio locais.

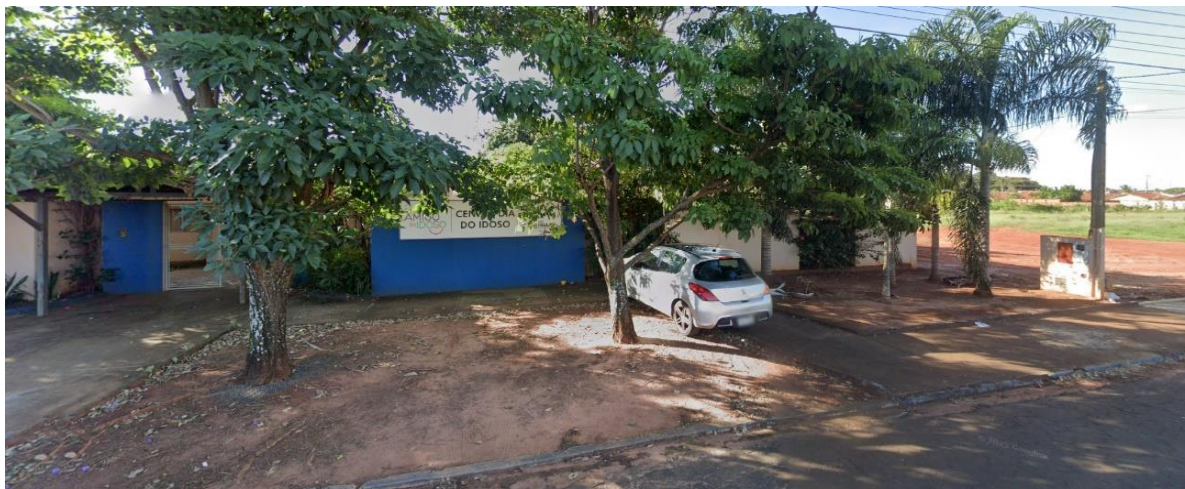
Existem algumas iniciativas voltadas à promoção do envelhecimento saudável, como o Programa Saúde do Idoso, executado nas Unidades de Saúde da Família, que oferece orientação, acompanhamento e atividades físicas em parceria com o Departamento de Esportes (Gazeta de Bebedouro, 2016). A cidade oferece ainda um conjunto de ações voltadas ao bem-estar da terceira idade, como bailes, oficinas de alfabetização (Educação de Jovens e Adultos – EJA), práticas esportivas adaptadas (como vôlei e tênis de mesa), além de participação em eventos como os Jogos Regionais dos Idosos (Gazeta de Bebedouro, 2016).

A pesquisa de campo foi realizada no dia 3 de julho de 2025, às 8 horas da manhã, para a coleta de dados através de questionários orientadores da pesquisa, no Centro Dia do Idoso, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos do Idoso do município de Bebedouro. O equipamento encontra-se localizado no endereço: Rua Alameda Sabará, 720 – Jardim Menino Deus 1 – CEP: 14708-060 – Telefone para contato: (17) 3342-3813. Horário de funcionamento: 7h às 16h.

O atendimento desenvolvido pelo CDI abrange uma série de atividades socioeducativas, lúdicas, de fortalecimento físico e mental, reforço cognitivo, e terapias adequadas ao desenvolvimento adequado e saudável do corpo humano frente ao envelhecimento biológico. Além das atividades, o serviço também oferta refeições (café da manhã e almoço); banho e higiene; e repouso. São atendidos 60 (sessenta) idosos no equipamento.

O local oferece uma sala de recreação, com televisão, poltronas e equipamentos de terapia ocupacional; um salão para eventos, refeições e atividades diversas; dois quartos com camas de solteiro para o momento de repouso; um banheiro feminino; um banheiro masculino; área externa com plantas e horta, uma cozinha; uma copa; uma sala de secretaria; uma recepção; dois banheiros para os funcionários, duas salas para a equipe técnica.

Figura 2 – CDI de Bebedouro-SP



Fonte: Google Maps⁴.

A coordenadora e responsável pelo serviço é a assistente social Verônica Elixé Matos de Campos, que autorizou e acompanhou todo o processo das entrevistas. Inicialmente, o contato foi realizado mediante ligação telefônica, na qual foi informado à coordenadora as intenções e informações sobre a pesquisa e a coleta de dados, assim como prestação de esclarecimentos sobre dúvidas relativas à tese. Encaminhou-se por e-mail o questionário orientador e o termo de consentimento livre e esclarecido para conhecimento e análise da instituição. A partir do aceite, o contato foi conduzido por mensagens via aplicativo WhatsApp. Foram realizadas três entrevistas com os idosos indicados pela instituição sob o argumento que eram os que se encontravam em melhores condições mentais para responder à entrevista.

3.1.1 Participantes idosos

Na data supracitada, a entrevista foi realizada com alguns profissionais e com os idosos. Foi possível entrevistar três idosos do serviço indicados pelos profissionais como aqueles que dispunham de condições cognitivas de participar das entrevistas.

Tabela 5 – Informações pessoais dos idosos participantes em Bebedouro-SP

⁴ Disponível em: https://www.google.com/maps/@-20.9281557,-48.5027573,3a,75y,331.15h,90t/data=!3m7!1e1!3m5!1swv8cBTT1Es2fF8-gj2Tiww!2e0!6shttps:%2F%2Fstreetviewpixels-pa.googleapis.com%2Fv1%2Fthumbnail%3Fcb_client%3Dmaps_sv.tactile%26w%3D900%26h%3D600%26pitch%3D0%26panoid%3Dwv8cBTT1Es2fF8-gj2Tiww%26yaw%3D331.15488!7i16384!8i8192?entry=ttu&g_ep=EgoyMDI2MDEyMS4wIKXMDSoKLDEwMDc5MjA3M0gBUAM%3D. Acesso em: 15 dez. 2025.

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Renda Financeira
Idoso A	M	73	Divorciado	Instrução Primária	BPC
Idoso B	M	81	Divorciado	Ensino Médio	Aposentado
Idoso C	M	67	Divorciado	Ensino Médio	Aposentado

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Entre os três participantes entrevistados, todos do sexo masculino e com idades entre 67 e 81 anos, observou-se perfil marcado pela predominância de homens divorciados. A escolaridade variou entre instrução primária (33,3%) e ensino médio completo (66,6%), evidenciando um grupo com níveis de formação básica e intermediária. Quanto à renda, a maioria declarou receber aposentadoria (66,6%), enquanto um participante informou depender do Benefício de Prestação Continuada – BPC (33,3%).

Esse recorte inicial sugere que, apesar de diferenças individuais quanto à formação e renda, há um ponto comum de vulnerabilidade social representado pela ausência de vínculos conjugais e pela dependência de benefícios previdenciários ou assistenciais. Esses fatores devem ser considerados na análise das condições de envelhecimento ativo, uma vez que influenciam diretamente na autonomia, no acesso a recursos e o no pertencimento social.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, em uma sala da instituição, e foram conduzidas com tranquilidade, para que os idosos pudessem responder de acordo com o seu tempo e elaborar a sua resposta como achassem necessário. As respostas foram transcritas para o questionário pelo entrevistador, uma vez que os entrevistados solicitaram este auxílio devido a certa dificuldade com a visão e a escrita.

No início da entrevista os idosos foram informados sobre o objetivo daquele encontro, seus riscos e benefícios, e que a qualquer momento poderiam desistir da entrevista ou não responder a alguma pergunta do questionário. A seguir a Tabela 6 apresenta a consolidação das respostas dos idosos:

Tabela 6 – Resposta das perguntas do questionário dos idosos de Bebedouro-SP

Pergunta	Alternativas/Respostas	Frequência	%
Q1 – Como soube do CDI?	Pessoa conhecida orientou	3	100%
Q2 – Atividades beneficiaram a qualidade de vida?	Sim	3	100%
Q3 – Atividades favorecem integração?	Exercício físico (mobilidade) / Todas ajudam	3	100%
Q4 – Atividade mais importante	Sim, sentem falta quando não frequentam o CDI	3	100%
	Brincadeiras/dinâmicas / Estímulos mentais / Atividade física e pintura		
Q5 – Sugestões de melhoria	Diversificar atividades (1) / Sem sugestões (2)	3	100%

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

A análise dos questionários aplicados aos idosos participantes do CDI de Bebedouro evidencia um perfil de grupo fortemente engajado com as atividades desenvolvidas

no serviço, além de revelar percepções amplamente positivas quanto aos impactos dessas ações em sua qualidade de vida e bem-estar social.

No que se refere à forma de ingresso e conhecimento sobre o serviço, observa-se que 100% dos participantes relataram ter conhecido o CDI por meio de indicação de pessoas conhecidas. Esse dado demonstra a importância das redes informais de sociabilidade e do “boca a boca” como principal meio de divulgação, evidenciando a limitação de estratégias institucionais de comunicação e o papel fundamental das relações interpessoais na mobilização da população idosa para o acesso aos serviços públicos.

Quanto à percepção sobre os benefícios das atividades, a unanimidade das respostas (sim) reforça a efetividade das práticas desenvolvidas no espaço, sobretudo na promoção de melhorias físicas, cognitivas e emocionais. As menções específicas a exercícios físicos, estímulo à mobilidade e participação em diversas atividades sugerem que os idosos reconhecem o CDI como um espaço de fortalecimento da autonomia funcional e de manutenção das capacidades motoras e cognitivas, aspectos centrais do conceito de envelhecimento ativo, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005).

Em relação à integração social, todos os entrevistados afirmaram que as atividades favorecem o convívio e ressaltaram que sentem falta quando não frequentam o serviço, o que evidencia a importância simbólica e afetiva do CDI em suas rotinas. Essa percepção dialoga com autores como Debert (1999) e Neri (2014), que apontam o convívio social e o sentimento de pertencimento como dimensões fundamentais do envelhecimento saudável, capazes de prevenir o isolamento e fortalecer a identidade social do idoso.

No tocante às atividades consideradas mais significativas, os idosos destacaram brincadeiras, dinâmicas, atividades de estímulo mental, exercícios físicos e pintura. A variedade das respostas revela que o grupo valoriza, não apenas, as ações voltadas à saúde física, mas também, aquelas que estimulam a criatividade, a memória e a socialização, confirmando que o envelhecimento ativo envolve múltiplas dimensões – física, cognitiva, emocional e relacional.

Por fim, quando questionados sobre sugestões de melhoria, apenas um participante propôs a diversificação das atividades, enquanto os demais afirmaram não ter sugestões, o que reforça a satisfação geral com o serviço. No entanto, o pedido isolado pela diversificação pode ser interpretado como uma demanda por inovação e variedade, indicando a necessidade de constante atualização das propostas metodológicas para manter o engajamento e o interesse dos participantes.

Em síntese, os resultados obtidos em Bebedouro revelam um grupo de idosos participativo, satisfeito e integrado, que reconhece o CDI como um espaço essencial de

convivência, aprendizagem e autocuidado. A totalidade das respostas positivas demonstra a relevância do serviço como instrumento de promoção do envelhecimento ativo, contribuindo para o fortalecimento de vínculos sociais, a manutenção da autonomia e a melhoria da qualidade de vida.

Diário de Campo: Município de Bebedouro-SP

Data: 3 de julho de 2025

Horário: 8h

Local: Centro dia do Idoso

Atividade: Atividade recreativa de desenvolvimento cognitivo, seguida de aferição de pressão e entrevistas com os idosos

Descrição objetiva: O encontro contou com a presença de aproximadamente 60 idosos

Os idosos chegam ao CDI por volta das 7h30 da manhã. Contam com o transporte municipal que é responsável por sua ida e retorno para casa. Este é realizado por um motorista designado especificamente para essa prestação de serviço, assim como para demais demandas do equipamento. Os usuários são apanhados na frente de suas residências, e também lá deixados ao final do atendimento.

Após chegarem ao CDI, tomam café da manhã, para depois iniciarem as atividades diárias.

As atividades acontecem com a terapeuta ocupacional, que conduziu atividade de estimulação cognitiva, com exibição de filme e momento de reflexão coletiva. Na sequência, a enfermeira aferiu a pressão arterial dos participantes, promovendo um espaço de escuta sobre saúde. Posteriormente, iniciaram-se as entrevistas individuais, com questionários e relatos pessoais.

Figura 3 – Idosos participando de uma oficina socioeducativa



Fonte: Arquivo pessoal (2025).

Impressões pessoais: durante a atividade recreativa os idosos demonstraram engajamento e alegria. O clima era de descontração, com expressões de satisfação e troca de comentários espontâneos sobre o conteúdo exibido. A atmosfera acolhedora contribuiu para um ambiente de confiança, favorecendo a socialização e a interação entre pares e profissionais.

No momento das entrevistas, foi possível observar que os homens se voluntariaram com maior entusiasmo para responder aos questionários, enquanto as mulheres mostraram-se inicialmente mais reservadas, necessitando de maior estímulo. Apesar disso, todos os participantes se mostraram comunicativos, desenvoltos e sorridentes, o que facilitou o andamento da coleta de dados. Além das respostas objetivas, muitos compartilharam memórias e fatos marcantes de sua trajetória de vida, revelando dimensões subjetivas importantes para a pesquisa.

Relatos de vida e memória social – Bebedouro-SP

Idoso A

Durante a entrevista, o sujeito da pesquisa destacou a importância do CDI em sua rotina. Relatou que, antes de frequentar o espaço, passava longos períodos em casa, sentindo-se só e sem estímulos. A ausência de atividades fazia com que se sentisse desmotivado e, muitas vezes, sem energia para realizar até mesmo tarefas simples.

Com a entrada no CDI, afirma ter encontrado um lugar que “preenche o vazio de seus dias”. O convívio diário, as conversas, as atividades físicas e cognitivas proporcionam não apenas ocupação do tempo, mas, sobretudo, um sentimento de pertencimento. Ressalta que ali consegue pensar, refletir e se movimentar, aspectos que não conseguia manter sozinho em casa.

Seu relato mostra como espaços coletivos podem atuar na promoção do envelhecimento ativo, oferecendo não apenas serviços, mas também sentido, rotina e identidade social, elementos fundamentais para a qualidade de vida na velhice.

Idoso B

Este participante relatou de forma serena sua experiência de vida marcada pela solidão. Vindo de uma família influente na cidade, sempre teve acesso a condições materiais estáveis. Contudo, afirma que nunca conseguiu desenvolver vínculos familiares intensos. Seus filhos, após constituírem suas próprias famílias se distanciaram, e hoje o idoso se vê como alguém “sozinho no mundo”. Demonstra clareza ao reconhecer a importância do CDI em sua vida atual. Afirma que o espaço representa acolhimento e sociabilidade, permitindo que construa laços de amizade que compensam, em parte, a ausência de relações familiares próximas.

Ressalta que, ao conviver com outros idosos e profissionais do serviço, sente-se valorizado e ouvido, o que contrasta com a sensação de invisibilidade vivida no ambiente doméstico.

Esse relato evidencia como o envelhecimento pode revelar contrastes entre o capital material e o capital social: ter posses e estabilidade econômica não significa, necessariamente, viver uma velhice acompanhada ou afetuosa. A participação em serviços coletivos, nesse contexto, surge como alternativa fundamental para reconstrução de vínculos e pertencimento.

Idoso C

Este sujeito apresentou-se como um homem ainda ativo, determinado a manter sua autonomia e independência. Relata que procura realizar suas tarefas cotidianas sem depender de terceiros, exercendo uma postura proativa diante das demandas da vida diária. Enfatiza que não permite que a tristeza o domine, pois entende que cultivar pensamentos positivos é essencial para preservar sua saúde física e emocional.

Embora reconheça os limites que o envelhecimento impõe, demonstra orgulho em poder conduzir sua própria rotina. Ressalta que as atividades no CDI reforçam esse sentimento de capacidade, uma vez que promovem estímulos cognitivos, sociais e físicos que o mantêm em movimento e engajado. Para ele, estar ativo significa também resistir à ideia de que o envelhecimento está vinculado à dependência e ao isolamento. Seu relato reflete uma perspectiva de envelhecimento pautada na autonomia e na autorresponsabilidade, mas também

evidencia a importância de políticas e serviços de apoio que fortaleçam essa postura ativa e resiliente.

Esses relatos mostraram a riqueza das experiências individuais, reforçando a importância de compreender o envelhecimento ativo a partir da singularidade de cada história de vida.

Reflexão analítica

As entrevistas realizadas evidenciaram distintas dimensões do envelhecimento ativo, expressas a partir das trajetórias e experiências singulares dos idosos participantes. O relato do Idoso A destaca a relevância dos espaços coletivos de convivência como dispositivos fundamentais de promoção do bem-estar físico, cognitivo e emocional. Esses espaços assumem não apenas uma função recreativa, mas também um papel social e terapêutico, ao favorecerem a estimulação mental, a socialização e o fortalecimento dos vínculos comunitários, contribuindo para a manutenção da autonomia e da funcionalidade na velhice. O Idoso B, por sua vez, evidencia os impactos da fragilização das redes familiares e afetivas, trazendo à tona a experiência da solidão como um fator que incide diretamente sobre a qualidade de vida no processo de envelhecimento. Esse relato revela a centralidade dos vínculos sociais como elemento estruturante do envelhecimento ativo, ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade de políticas públicas e serviços socioassistenciais que atuem como espaços de pertencimento e apoio, especialmente diante da redução do suporte familiar tradicional. Já o Idoso C ressalta a resiliência e a busca pela autonomia como estratégias individuais mobilizadas para enfrentar as limitações e desafios inerentes ao envelhecimento. Sua narrativa evidencia a capacidade de adaptação e de reorganização da vida cotidiana como dimensões centrais do envelhecimento ativo, reforçando que a autonomia não se limita à independência física, mas envolve também a tomada de decisões, o protagonismo e o sentido atribuído à própria trajetória de vida.

De forma articulada, os relatos analisados demonstram que o envelhecimento ativo se configura como um processo heterogêneo e multidimensional, atravessado por fatores sociais, emocionais, familiares e institucionais. Essa diversidade de experiências reforça a compreensão de que o envelhecer não pode ser analisado de forma homogênea ou normativa, exigindo abordagens sensíveis às singularidades dos sujeitos e às condições sociais que moldam suas possibilidades de participação, autonomia e qualidade de vida.

3.1.2 Participantes – profissionais

A equipe multiprofissional da instituição, conta com: uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista, uma psicóloga, duas enfermeiras, duas cuidadoras, uma cozinheira, um motorista, uma recepcionista, e duas funcionárias encarregadas pela limpeza.

Para compreender as percepções dos profissionais que atuam diretamente nos serviços destinados à população idosa foram aplicados questionários semiestruturados junto à equipe multiprofissional do município de Bebedouro. Os instrumentos contaram com questões abertas, de modo a permitir maior liberdade de expressão e a valorização das experiências individuais. A opção metodológica por esse tipo de questionário buscou captar não apenas dados objetivos, mas, sobretudo, o olhar singular dos trabalhadores acerca do conceito de envelhecimento ativo, das estratégias utilizadas em seu cotidiano profissional e dos obstáculos enfrentados no âmbito institucional. Responderam aos questionários; duas assistentes sociais, uma cuidadora de idosos, uma educadora física e uma nutricionista.

As respostas foram transcritas integralmente em quadros, mantendo-se a estrutura pergunta-resposta, a fim de garantir fidedignidade ao discurso dos participantes e assegurar transparência na análise. A seguir, apresentam-se as transcrições organizadas individualmente para cada profissional entrevistado no município de Bebedouro. Responderam ao questionário cinco profissionais, sendo estes: 01 (uma) terapeuta ocupacional; 02 (duas) assistentes sociais-técnica de referência e coordenadora do serviço-; 01 (uma) cuidadora de idosos; e 01 (uma) nutricionista.

Tabela 7 – Transcrição das respostas dos profissionais de Bebedouro- SP – Profissional A

Pergunta	Resposta transcrita
1. Qual a sua atuação no trabalho com os idosos?	Exercícios físicos: intuitivos, interativos, raciocínio, flexibilidade, mobilidade e condicionamento físico
2. O que entende por envelhecimento ativo?	Manter e ganhar independência nas Atividades da Vida Diária (AVDs), mantendo a independência por mais tempo e mais anos
3. Quais os maiores obstáculos para o idoso vivenciar práticas de envelhecimento ativo?	Alguns precisam de exercício devido a doenças, relatam dores; alguns médicos pedem repouso; e há idosos com limitações reais
4. Obstáculos no serviço para promover práticas de envelhecimento ativo?	A mesma resposta anterior também se aplica: limitações dentro do equipamento (CDI)
5. Os idosos possuem a mesma importância social que os demais membros da sociedade?	Sim, o ser humano não se resume a uma ferramenta mercantil
6. Os serviços do município cobrem toda a demanda?	Não, há lista de espera. Outras cidades não possuem CDI
7. A população idosa em vulnerabilidade social é a mais prejudicada no envelhecimento ativo?	Sim, pois nessa situação as famílias dispõem de menos recursos financeiros e por vezes faltam conhecimentos sobre saúde, assistência social e possibilidades de lazer

8. A população idosa tem acesso à informação sobre envelhecimento ativo?	Televisão informa, mas se a informação não rende, nós explicamos e adaptamos os exercícios individualmente para promover equidade
9. O idoso pode não frequentar o serviço por desinformação?	Em Serra Branca não tem CDI, apenas CCS (convivência). As atividades propostas são para outro público de terceira idade
10. Quais estratégias você utiliza para promover o envelhecimento ativo?	Meu trabalho no equipamento norteia os idosos. Não é possível generalizar, é preciso respeitar e compreender o grau de mobilidade e (in)dependência de cada idoso

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 8 – Transcrição das respostas dos profissionais de Bebedouro- SP – Profissional B

Pergunta	Resposta transcrita
1. Qual a sua atuação no trabalho com os idosos?	Auxiliar nas atividades, promovendo o bem-estar físico e emocional do idoso, além de garantir um ambiente seguro e acolhedor. Inclui cuidados como higiene pessoal, atividades físicas e sociais
2. O que entende por envelhecimento ativo?	É um conceito que reconhece e valoriza a importância do conhecimento e das experiências dos idosos para a sociedade, valorizando sua contribuição ao longo da vida
3. Quais os maiores obstáculos para o idoso vivenciar práticas de envelhecimento ativo?	Preconceito e discriminação, condições de saúde e falta de infraestrutura
4. Obstáculos no serviço para promover práticas de envelhecimento ativo?	Limitações físicas e cognitivas
5. Os idosos possuem a mesma importância social que os demais membros da sociedade?	Sim, pois o idoso tem que ter a mesma importância. O envelhecimento é um processo natural da vida e o idoso contribui de muitas formas no tecido social
6. Os serviços do município cobrem toda a demanda?	Eu acredito que sim, pelo local onde trabalho
7. A população idosa em vulnerabilidade social é a mais prejudicada no envelhecimento ativo?	Sim, pois pode apresentar desafios e dificuldades em acessar recursos, serviços e oportunidades de participação social e atividades físicas
8. A população idosa tem acesso à informação sobre envelhecimento ativo?	Promover palestras sobre saúde física e mental, prevenção de quedas, uso de tecnologias e direitos dos idosos
9. O idoso pode não frequentar o serviço por desinformação?	Não acredito
10. Quais estratégias você utiliza para promover o envelhecimento ativo?	É crucial adotar estratégias que combinem atividades físicas, estímulo cognitivo, interação social e bem-estar emocional

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 9 – Transcrição das respostas dos profissionais de Bebedouro- SP – Profissional C

Pergunta	Resposta transcrita
1. Qual a sua atuação no trabalho com os idosos?	Atua como nutricionista
2. O que entende por envelhecimento ativo?	Manutenção de atividades de acordo com a realidade do indivíduo, com manutenção da capacidade física e cognitiva
3. Quais os maiores obstáculos para o idoso vivenciar práticas de envelhecimento ativo?	Falta de conhecimento dos familiares idosos com relação à importância e laços de afeto
4. Obstáculos no serviço para promover práticas de envelhecimento ativo?	Alguns idosos já estão em estado mais avançado de declínio cognitivo
5. Os idosos possuem a mesma importância social que os demais membros da sociedade?	Para mim, possuem. Apesar disso, grande parte da sociedade ainda mantém preconceitos e associa o envelhecimento ao isolamento

6. Os serviços do município cobrem toda a demanda?	Acredito que não, pela quantidade de idosos residentes em Bebedouro
7. A população idosa em vulnerabilidade social é a mais prejudicada no envelhecimento ativo?	Sim, pois normalmente, quando não estão em situação de vulnerabilidade, já fazem diversas atividades e conseguem se manter
8. A população idosa tem acesso à informação sobre envelhecimento ativo?	Não, apenas em momentos pontuais, com palestras e redes sociais
9. O idoso pode não frequentar o serviço por desinformação?	Sim, no meu município isso acontece. Já ouvi serviços sendo chamados de “creche do idoso”
10. Quais estratégias você utiliza para promover o envelhecimento ativo?	Buscar informar sobre a importância da segurança alimentar e nutricional em todas as fases da vida

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 10 – Transcrição das respostas dos profissionais de Bebedouro- SP – Profissional D

Pergunta	Resposta transcrita
1. Qual a sua atuação no trabalho com os idosos?	Coordenação do Centro Dia do Idoso
2. O que entende por envelhecimento ativo?	Envelhecer sem isolamento, com menores perdas possíveis em todos os níveis, trabalhando a qualidade de vida e o sentimento de pertencimento
3. Quais os maiores obstáculos para o idoso vivenciar práticas de envelhecimento ativo?	Barreiras sociais, a não participação da família de forma efetiva, comorbidades, ausência de equipamentos públicos adequados
4. Obstáculos no serviço para promover práticas de envelhecimento ativo?	Não comprometimento familiar, falta de qualificação de profissionais e não adesão a algumas propostas
5. Os idosos possuem a mesma importância social que os demais membros da sociedade?	Apesar de avanços, ainda persiste preconceito e a visão da velhice como sinônimo de exclusão
6. Os serviços do município cobrem toda a demanda?	O serviço (CDI) foi um avanço, mas existe lista de espera e muitos idosos ficam de fora
7. A população idosa em vulnerabilidade social é a mais prejudicada no envelhecimento ativo?	Sim, pela dificuldade de acesso a serviços e cuidados de saúde integral
8. A população idosa tem acesso à informação sobre envelhecimento ativo?	Em geral, sim, mas é preciso trabalho educativo constante e abrangente
9. O idoso pode não frequentar o serviço por desinformação?	Sim, acontece desinformação e preconceito sobre o serviço
10. Quais estratégias você utiliza para promover o envelhecimento ativo?	Ampliação da oferta de serviços, divulgação, utilização de redes sociais, trabalho com famílias, capacitação continuada e trabalho em rede multiprofissional

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 11 – Transcrição das respostas dos profissionais de Bebedouro-SP – Profissional E

Pergunta	Resposta transcrita
1. Qual a sua atuação no trabalho com os idosos?	Cuidadora no CDI há 1 ano e 6 meses
2. O que entende por envelhecimento ativo?	Processo que valoriza a importância do conhecimento e experiência dos idosos
3. Quais os maiores obstáculos para o idoso vivenciar práticas de envelhecimento ativo?	Limitações físicas, cognitivas e emocionais
4. Obstáculos no serviço para promover práticas de envelhecimento ativo?	Falta de estrutura e recursos

5. Os idosos possuem a mesma importância social que os demais membros da sociedade?	Sim, pois contribuem socialmente, mesmo que de outras formas que não econômicas
6. Os serviços do município cobrem toda a demanda?	Não, existe déficit e demanda reprimida
7. A população idosa em vulnerabilidade social é a mais prejudicada no envelhecimento ativo?	Sim, pois têm menos recursos e menos acesso às oportunidades
8. A população idosa tem acesso à informação sobre envelhecimento ativo?	De modo geral, sim, mas com lacunas importantes
9. O idoso pode não frequentar o serviço por desinformação?	Sim, já houve situações de não adesão por preconceito
10. Quais estratégias você utiliza para promover o envelhecimento ativo?	Articulação de ações multiprofissionais, integração social e fortalecimento de vínculos familiares

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Após a apresentação das tabelas individuais, procedeu-se à construção d' uma tabela comparativa, cujo objetivo foi reunir as falas dos profissionais em eixos temáticos comuns, de forma a evidenciar pontos de convergência e divergência entre as respostas.

A elaboração dessa síntese permitiu sistematizar o material empírico, destacando elementos centrais relativos à atuação profissional, às concepções de envelhecimento ativo, aos obstáculos enfrentados pelos idosos e pelos serviços, bem como às estratégias implementadas nos diferentes contextos de trabalho. A comparação entre os profissionais possibilitou identificar padrões coletivos e especificidades, contribuindo para uma compreensão mais ampla e crítica sobre a forma como o envelhecimento ativo vem sendo promovido no município de Bebedouro.

Tabela 12 – Comparação das respostas dos profissionais (1)

Eixo de Análise	Profissional A	Profissional B	Profissional C	Profissional D	Profissional E
Atuação	Exercícios físicos, condicionamento e mobilidade	Cuidados físicos, emocionais, higiene e atividades sociais	Nutricionista	Coordenação do CDI	Cuidadora de idosos
Concepção de Envelhecimento Ativo	Manter independência nas AVDs	Reconhecer experiências e contribuições sociais dos idosos	Manutenção de capacidades físicas e cognitivas	Envelhecer com qualidade de vida e pertencimento	Valorizar conhecimentos e experiências dos idosos
Obstáculos para o Idoso	Doenças, dores, restrições médicas	Preconceito, saúde, infraestrutura	Falta de apoio familiar, ausência de afeto	Barreiras sociais, comorbidades, falta de equipamentos	Limitações físicas, cognitivas e emocionais
Obstáculos no Serviço	Limitações no CDI	Limitações físicas e cognitivas	Declínio cognitivo	Não comprometimento familiar, falta de	Falta de estrutura e recursos

Importância Social do Idoso	Ser humano não é mercadoria	Mesmo valor que os demais	avançado de alguns idosos Sociedade ainda preconceituosa, mas idosos têm valor	qualificação profissional Reconhece avanços, mas ainda há exclusão	Contribuem de outras formas além da econômica
-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---	---	---

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 13 – Comparação das respostas dos profissionais (2)

Eixo de Análise	Profissional A	Profissional B	Profissional C	Profissional D	Profissional E
Cobertura da Demanda	Não, lista de espera	Sim, no local de atuação	Não, pela grande quantidade de idosos Sim, pois os não vulneráveis já se mantêm ativos	Não, lista de espera	Não, déficit de atendimento
Vulnerabilidade Social	Sim, pela falta de recursos familiares	Sim, pela dificuldade de acesso a recursos	Pontual, palestras e redes sociais	Sim, pelo menor acesso a serviços integrais	Sim, menos acesso e recursos
Acesso à Informação	Parcial, depende de adaptação no CDI	Palestras sobre saúde, quedas e direitos	Sim, desinformação e preconceito (“creche do idoso”)	Existe, mas precisa ser contínuo	Em geral sim, mas ainda com lacunas
Desinformação	Sim, em locais sem CDI	Não acredita	Educação alimentar e nutricional	Sim, desinformação e preconceito	Sim, já ocorreu
Estratégias	Respeitar limites de mobilidade e independência	Combinar atividades físicas, cognitivas e sociais	Ampliação dos serviços, capacitação, redes multiprofissionais	Ações multiprofissionais, vínculos familiares	

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

A leitura conjunta das duas tabelas permite avançar além de uma descrição de opiniões individuais, revelando um “mapa interpretativo” do envelhecimento ativo no CDI atravessado por três dimensões que se entrelaçam: a dimensão do corpo e da funcionalidade, a dimensão das relações e do reconhecimento social, e a dimensão institucional/estrutural do cuidado. O ponto mais relevante é que, embora o envelhecimento ativo apareça como um ideal normativo relativamente consensual (autonomia, manutenção de capacidades, qualidade de vida, pertencimento), sua concretização é percebida pelos profissionais como condicionada por determinantes sociais e por limites organizacionais que não dependem exclusivamente do esforço individual do idoso.

Na primeira tabela, a concepção de envelhecimento ativo oscila entre uma ênfase funcional (independência nas AVD’s, mobilidade, manutenção de capacidades físicas e cognitivas) e uma ênfase sociocultural (pertencimento, valorização de conhecimentos, reconhecimento de experiências e contribuições sociais). Essa oscilação é importante porque

indica que o CDI, enquanto espaço de cuidado e convivência, não é percebido apenas como um dispositivo de “melhoria do corpo”, mas como um território de reconstrução de sentidos: envelhecer com qualidade passa a envolver ser reconhecido, sentir-se parte, manter vínculos e ressignificar a própria trajetória. Em termos analíticos, isso revela uma concepção ampliada de saúde e de envelhecimento, na qual autonomia não se reduz à capacidade física, mas envolve condições de participação, acesso a recursos e sustentação de redes afetivas.

Na segunda tabela, entretanto, esse ideal ampliado encontra um ponto de fricção: a insuficiência de cobertura da demanda. A recorrência de “lista de espera”, “déficit de atendimento” e “grande quantidade de idosos” sugere que a promoção do envelhecimento ativo é tensionada por um descompasso entre necessidade social e capacidade instalada. Esse descompasso produz efeitos que merecem reflexão. Primeiro, ele tende a transformar o CDI em um recurso escasso, no qual o acesso passa a ser mediado por critérios implícitos ou explícitos (priorização de casos, disponibilidade territorial, redes de encaminhamento), reforçando desigualdades prévias. Segundo, ele pode provocar uma experiência paradoxal: o CDI é reconhecido como resposta protetiva, mas sua insuficiência pode ampliar a sensação de desamparo justamente entre aqueles que mais precisam do serviço. Assim, a fila de espera deixa de ser um dado administrativo e passa a ser um fenômeno social: ela expressa a intensidade da vulnerabilidade e a limitação das políticas públicas em sustentar, na prática, o discurso de envelhecimento com dignidade.

A vulnerabilidade social, aliás, aparece como eixo convergente absoluto na segunda tabela: todos os profissionais a associam à falta de recursos, dificuldades de acesso e menor disponibilidade de serviços integrais. Esse consenso cumpre uma função interpretativa central, porque desloca o envelhecimento ativo do registro da responsabilidade individual (“o idoso precisa se manter ativo”) para o registro das condições sociais de possibilidade (“o idoso consegue se manter ativo quando existem recursos, redes e serviços que sustentem essa continuidade”). Quando um profissional afirma que “os não vulneráveis já se mantêm ativos”, por exemplo, não está apenas descrevendo um grupo; está apontando um mecanismo de reprodução de desigualdade: quanto mais recursos um segmento possui, menor sua dependência do serviço para manter práticas protetivas; quanto menos recursos possui, maior sua dependência do CDI para acesso a informação, socialização, cuidado e prevenção. Dessa forma, o CDI emerge como compensador de desvantagens sociais, mas também como evidência de que a autonomia, em contextos de vulnerabilidade, é sempre relacional e socialmente condicionada.

A densidade analítica é a presença do estigma e da desinformação como barreiras. Quando a desinformação aparece vinculada ao preconceito e à representação do CDI como “creche do idoso”, temos um indicador de disputa simbólica sobre o lugar social da velhice e dos serviços de cuidado. Não se trata apenas de desconhecimento de direitos ou de práticas de saúde; trata-se de sentidos sociais atribuídos ao envelhecer, ao cuidado e à dependência. O estigma opera como mecanismo que pode restringir a procura pelo serviço, reduzir adesão às atividades e fragilizar a legitimidade do CDI perante famílias e comunidade. Nesse cenário, informação não é só transmissão de conteúdos: é produção de legitimidade social, combate a narrativas desqualificadoras e ampliação do reconhecimento do idoso como sujeito de direitos. Por isso, a ênfase na necessidade de informação “contínua” e “adaptada” é mais do que um comentário operacional; ela expressa uma compreensão de que a mudança cultural exige repetição, acessibilidade e comunicação pública consistente.

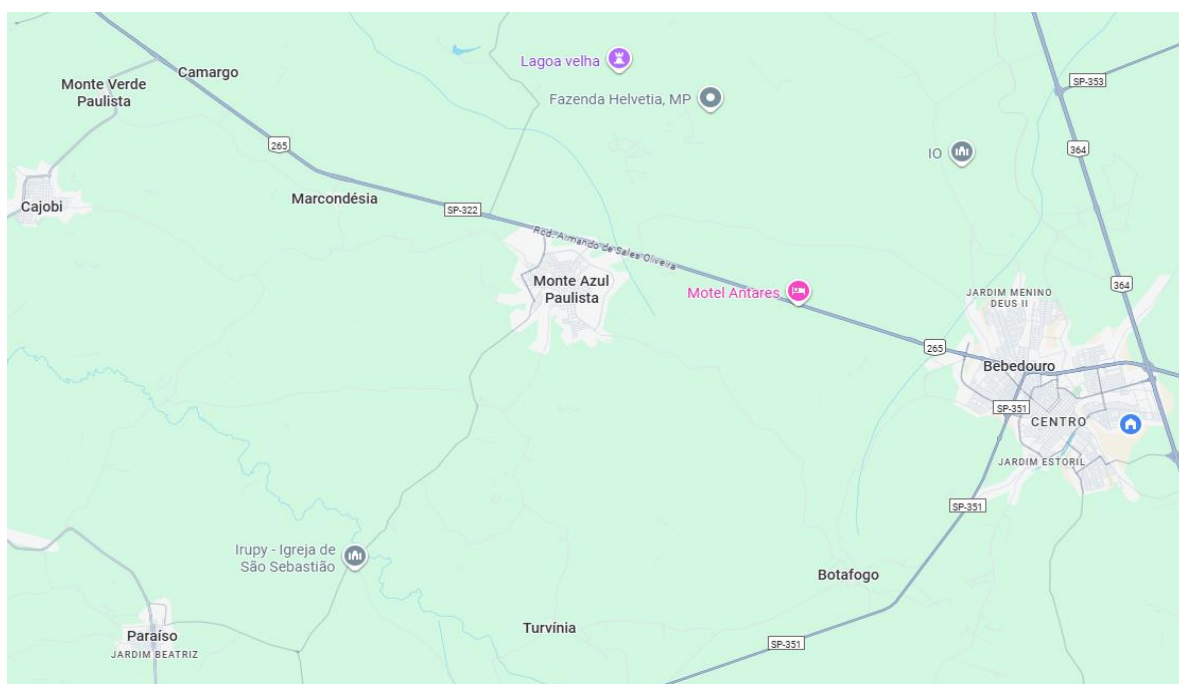
A divergência interna observada (um profissional não reconhecer desinformação e afirmar cobertura da demanda) não deve ser lida como “erro”, mas como material analítico valioso. Ela pode sinalizar variação real entre setores, perfis de atendimento e contato com o público, ou ainda diferentes critérios para definir “desinformação” e “cobertura”. Em pesquisas qualitativas, esse tipo de dissenso indica heterogeneidade de experiências e pode revelar zonas “cegas” institucionais: áreas que funcionam relativamente bem podem produzir a impressão de suficiência, enquanto outras vivenciam saturação e estigma com maior intensidade. Interpretar essas discrepâncias ajuda a evitar generalizações apressadas e reforça a necessidade de compreender o CDI como organização complexa, onde o “todo” nem sempre é capturado pela percepção de uma única função.

As estratégias propostas pelos profissionais, ao se repetirem em termos como “multiprofissionalidade”, “capacidade/limites”, “capacitação”, “ampliação de serviços” e “fortalecimento de vínculos familiares”, desenharam uma compreensão do cuidado como rede e não como ato isolado. Isso indica maturidade institucional: reconhece-se que o envelhecimento ativo não se sustenta apenas pela oferta de atividades, mas por um ecossistema de suporte (família, comunidade, equipe, equipamentos, articulação intersetorial). Ao mesmo tempo, a predominância de estratégias ligadas a ampliação e reorganização do serviço sugere que o problema não é apenas metodológico (“como fazer melhor”), mas estrutural (“como garantir condições para fazer”). Em termos de reflexão acadêmica, isso permite afirmar que o CDI é percebido como dispositivo com potência, mas cuja efetividade depende de investimentos, continuidade de políticas e integração com outras ofertas territoriais.

Uma leitura final, mais sintética e crítica, é que as tabelas mostram um CDI situado no cruzamento entre cuidado e cidadania. De um lado, o serviço aparece como promotor de autonomia e bem-estar; de outro, aparece como resposta insuficiente diante do volume de demandas e das desigualdades sociais que atravessam o envelhecimento. Esse resultado sustenta uma interpretação fundamental para a tese: envelhecimento ativo não pode ser tratado apenas como modelo ideal de comportamento, mas como prática social que requer suporte material, institucional e simbólico. Onde faltam serviços, recursos e reconhecimento, a promessa de autonomia tende a se tornar frágil e seletiva. Onde há rede, informação contínua, equipe integrada e acesso garantido, o envelhecimento ativo deixa de ser apenas conceito e passa a ser experiência possível.

3.2 MUNICÍPIO DE MONTE AZUL PAULISTA-SP

Figura 4 – Mapa do município de Monte Azul Paulista



Fonte: Google Maps⁵.

⁵ Disponível em: https://www.google.com/maps/place/Monte+Azul+Paulista+-+SP,+14730-000/@-20.911673,-48.8504273,11z/data=!3m1!4b1!4m6!3m5!1s0x94bbf74d8327c7b9:0xb398a348c35f5e1e!8m2!3d-20.9069515!4d-48.6390568!16zL20vMDQybW5f?entry=ttu&g_ep=EgoyMDI2MDEyMS4wIKXMDSoKLDEwMdc5MjA3M0gBUAM%3D. Acesso em: 12 dez. 2025.

Características demográficas do município

O município de Monte Azul Paulista, localizado na região nordeste do estado de São Paulo, pertence à Região Administrativa de Barretos e à mesorregião de Ribeirão Preto, situando-se a cerca de 390 km da capital paulista (IBGE, 2024). Com uma área territorial de 263,29 km², Monte Azul Paulista registrou uma população de 19.677 habitantes no Censo de 2022, com estimativa de 19.980 habitantes para 1º de julho de 2024 (IBGE, 2024). A densidade demográfica é de aproximadamente 74,75 hab./km² (IBGE, 2024).

Em relação ao desenvolvimento socioeconômico, o PIB *per capita* do município foi de R\$ 39.470,21 em 2021 (IBGE, 2024). O IDHM, com base nos dados de 2010, é de 0,761, considerado elevado, com destaque para os subíndices de longevidade (0,848), educação (0,752) e renda (0,685) (IBGE, 2024). Nesse contexto, Monte Azul Paulista compartilha a tendência demográfica observada no interior paulista, marcada pela queda da fecundidade e pelo aumento da longevidade, fatores que contribuem para a elevação gradual do índice de envelhecimento.

Características do município com o envelhecimento

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde e estimativas divulgadas pela imprensa regional, cerca de 18% da população de Monte Azul Paulista tem 60 anos ou mais, representando aproximadamente 3.600 habitantes (IBGE, 2025). Esse percentual é superior à média estadual de São Paulo, estimada em 16,2% para o mesmo período (SEADE, 2023). O município mantém ações voltadas ao envelhecimento ativo e à qualidade de vida da população idosa. Entre os principais programas, além do serviço de convivência aqui mencionado, está o “Grupo Vida Saudável”, realizado nas Unidades de Saúde, que oferece atividades físicas, rodas de conversa, palestras sobre saúde e oficinas de memória, em parceria com a Secretaria de Esportes e o Fundo Social de Solidariedade. Outras iniciativas incluem a participação regular nos Jogos Regionais dos Idosos (JORI), oficinas de artesanato e informática, além de eventos sociais e culturais voltados ao bem-estar da terceira idade, como bailes e festas temáticas (IBGE, 2025).

Pesquisa de campo

Realizou-se no dia 16 de julho, às 8 horas da manhã, a pesquisa de campo com a coleta de dados através de questionários orientadores da pesquisa, no CRAS, onde é concretizado o trabalho com os idosos, do município. São referenciados no serviço 70 (setenta) idosos, sendo 50 (cinquenta) residentes de Monte Azul Paulista, e 20 (vinte) munícipes do

distrito de Marcondésia, que se estima ter população de 900 (novecentos) habitantes, localizado a cerca de 12,8 km de distância de Monte Azul, com 14 minutos de viagem entre os locais. O distrito pertence ao município de Monte Azul. Portanto, configura-se como uma divisão político-administrativa.

Distritos consistem em unidades administrativas internas ao município. As Constituições estaduais podem disciplinar a criação dos distritos, adicionando critérios de criação, alteração ou supressão. São cadastrados no banco de dados do IBGE as unidades que possuem representação cartográfica e que são encaminhados à instituição pelo poder público municipal (IBGE, 2023).

O equipamento encontra-se localizado no endereço: Rua Joaquim da Costa Penha, 458 – CEP: 14730-000 – Telefone para contato: (17) 3361-3705. Horário de funcionamento: 8h às 17h.

Figura 5 – CRAS de Monte Azul Paulista



Fonte: Google Maps⁶.

A coordenadora e responsável pelo serviço é a assistente social Juliana Cerqueira, que autorizou e acompanhou todo o processo das entrevistas. Inicialmente, o contato foi realizado mediante ligação telefônica, na qual foi informado à coordenadora as intenções e informações sobre a pesquisa e a coleta de dados, assim como prestação de esclarecimentos e dúvidas sobre o estudo.

⁶ Disponível em: [google.com/maps?sca_esv=a0758c22d29df20f&biw=1920&bih=953&aic=0&output=search&q=rua+joaquim+costa+da+penha+458+monte+azul&source=lnms&fbs=ADc_l-acAb_3MMOAUx0zmbUpGBqRuweMR6bfOpj9a0gCa_xFt28vF0YQKGF-ah1GGHMSLrZQtCva6yPaPGEOLEklMjuh7qjJu_mGaSubpbI9jdnZQyir98KfTeRcb1KznTGX1thWKzLWuLbeeC3qDYOY-DYOHk-h36J9SL-iqBJF_VAOBB9TSfbwQpr-zX5gvvmjr_ZqO6lX1p5mzpacr-B5KtNscBeSa8zci7v-uwee5kkglY0U7I&entry=mc&ved=1t:200715&ictx=11](https://www.google.com/maps?sca_esv=a0758c22d29df20f&biw=1920&bih=953&aic=0&output=search&q=rua+joaquim+costa+da+penha+458+monte+azul&source=lnms&fbs=ADc_l-acAb_3MMOAUx0zmbUpGBqRuweMR6bfOpj9a0gCa_xFt28vF0YQKGF-ah1GGHMSLrZQtCva6yPaPGEOLEklMjuh7qjJu_mGaSubpbI9jdnZQyir98KfTeRcb1KznTGX1thWKzLWuLbeeC3qDYOY-DYOHk-h36J9SL-iqBJF_VAOBB9TSfbwQpr-zX5gvvmjr_ZqO6lX1p5mzpacr-B5KtNscBeSa8zci7v-uwee5kkglY0U7I&entry=mc&ved=1t:200715&ictx=11) Acesso em: 11 dez. 2025.

Encaminhou-se por e-mail o questionário orientador e o termo de consentimento livre e esclarecido, para conhecimento e análise da instituição. A partir deste, e após seu aceite, o contato foi conduzido por mensagens via aplicativo WhatsApp.

3.2.1 Participantes – idosos

Na data supracitada, a entrevista foi realizada com alguns profissionais e com os idosos. Foi possível entrevistar cinco idosos do serviço. Estes se voluntariaram prontamente a participar da entrevista. Foram eles:

Tabela 14 – Informações com características pessoais dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Renda Financeira
Idoso A	M	66	Solteiro	Instrução Primária	Aposentado e Representante comercial
Idosa B	F	73	Viúva	Instrução Primária	Pensionista
Idosa C	F	69	Viúva	Instrução Primária	Pensionista
Idosa D	F	62	Divorciada	Instrução Primária	Aposentada
Idosa E	F	76	Casada	Ensino Médio	Aposentada

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

As entrevistas realizadas em Monte Azul Paulista- SP revelam um grupo composto majoritariamente por mulheres (80%), com idades entre 62 e 76 anos, que refletem a diversidade de experiências de envelhecimento. A predominância do sexo feminino aliada às condições de viuvez (40%) e dissolução conjugal (20%) apontam para uma realidade em que a velhice é vivenciada, em grande parte, sem a presença de um companheiro, o que reforça a importância das redes de apoio familiar, comunitário e institucional para a manutenção do bem-estar.

No aspecto educacional, observa-se que a maior parte das participantes possui apenas instrução primária (80%), enquanto uma delas concluiu o ensino médio. Esse dado traduz a trajetória histórica de acesso limitado à escolarização em gerações anteriores, especialmente entre mulheres residentes em cidades do interior, e repercute diretamente nas oportunidades de inserção no mercado de trabalho ao longo da vida. Resulta que a renda financeira na velhice se mostra fortemente vinculada a benefícios previdenciários, como aposentadorias e pensões, compondo a principal fonte de sustento do grupo. A exceção fica por conta de um participante que, além da aposentadoria, ainda exerce atividade remunerada como representante comercial, o que demonstra tanto a necessidade de complementação de renda quanto a possibilidade de prolongamento da vida produtiva.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, em uma sala da instituição e conduzidas com tranquilidade para que os idosos pudessem responder de acordo com o seu tempo e elaborar a sua resposta como achassem necessário. As respostas foram transcritas para o questionário pelo entrevistador, uma vez que os entrevistados solicitaram por este auxílio, por terem certa dificuldade com a visão e a escrita. No início da entrevista, os idosos foram informados sobre o objetivo da entrevista, seus riscos e benefícios, e que a qualquer momento poderiam desistir da entrevista ou não responder alguma pergunta do questionário, assim como as demais informações presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Tabela 15 – Respostas das perguntas dos questionários aplicados aos idosos de Monte Azul Paulista- SP

Pergunta	Alternativas/Respostas	Frequência	%
Q1 – Como soube do CDI?	Pessoa conhecida orientou	4	80%
	Busca ativa (profissional foi até a residência/local)	1	20%
	Sim	5	100%
Q2 – Atividades beneficiaram a qualidade de vida?	Forte estímulo mental, vínculos, amizade, interação, melhora emocional	5	100%
Q3 – Atividades favorecem integração?	Sim	5	100%
Q4 – Atividade mais importante	Sociabilidade, pertencimento, convivência, distração Atividades de quarta (cognitivo), atividade física, bem-estar	5	100%
Q5 – Sugestões de melhoria	Atividades na água (1)	5	100%
	Juntar as turmas (1)		
	Sem sugestões (3)		

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

No município de Monte Azul Paulista, a maior parte dos idosos (80%) relatou ter conhecido o CDI por meio de indicação de pessoas conhecidas, enquanto 20% tomaram conhecimento por meio da busca ativa realizada por profissionais. Esse dado reforça tanto o papel das redes informais de sociabilidade quanto a importância das ações institucionais de aproximação entre o serviço e a comunidade.

Todos os participantes afirmaram que as atividades do CDI beneficiam sua qualidade de vida e bem-estar. Entre as mudanças relatadas, destacaram-se: fortalecimento da mente, criação e manutenção de vínculos de amizade, estímulo à interação em grupo, melhora em quadros de depressão e ansiedade, além do auxílio na concentração e no foco. Esses elementos ressaltam a abrangência dos impactos positivos, tanto na dimensão individual quanto social.

Com relação à integração, a unanimidade das respostas aponta que as atividades favorecem a sociabilidade e o pertencimento ao meio social e comunitário. Os idosos destacaram que conversar com outras pessoas proporciona distração e prazer, além de fortalecer vínculos de amizade. A convivência com outros idosos e com profissionais foi percebida como

fundamental para o sentimento de inclusão. Sobre a atividade mais importante, as respostas foram variadas, mas todas convergiram para dimensões centrais do envelhecimento ativo: atividades cognitivas (como as realizadas às quartas-feiras), atividades físicas e ações que unem fortalecimento do corpo e da mente, além do convívio social que promove sensação de bem-estar. Quanto às sugestões de melhoria, dois idosos apresentaram propostas específicas – inclusão de atividades aquáticas e junção das duas turmas de idosos – enquanto três declararam estar satisfeitos com a forma como o serviço já é oferecido. Esse dado sugere que, embora o CDI seja amplamente reconhecido como adequado, há abertura para inovações que possam diversificar ainda mais a experiência dos usuários.

Diário de Campo: Monte Azul Paulista- SP

Data: 16 de julho de 2025

Horário: 8h

Local: CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

Descrição e observação do encontro

Na data referida, participaram aproximadamente 70 idosos, sendo 50 do município de Monte Azul Paulista e 20 do distrito de Marcondésia. O transporte municipal, responsável por buscar os participantes em pontos estratégicos, apresentou uma intercorrência: não passou no horário previsto. A notícia foi rapidamente compartilhada pelos idosos em um grupo de WhatsApp, demonstrando a rede de apoio que constroem entre si.

Muitos se organizaram autonomamente para chegar até o CRAS – alguns a pé, outros de carona com familiares. A coordenadora do serviço, ciente da situação, mobilizou o carro institucional para buscar os idosos nos pontos de encontro, garantindo a presença de todos. Essa atitude reafirmou o compromisso do serviço em assegurar o acesso às atividades. As atividades foram divididas em dois horários: às 8h, a turma de Monte Azul Paulista, e às 9h30, a turma de Marcondésia. Durante as conversas espontâneas, alguns participantes expressaram o desejo de que as turmas voltassem a ser reunidas, como em momentos anteriores. Embora compreendam a atual separação por questões de espaço físico e logística, esse desejo reforça a importância que atribuem ao convívio ampliado.

A atividade do dia, conduzida pela terapeuta ocupacional, propôs uma reflexão sobre as escolhas pessoais e a importância de não se deixar guiar unicamente pelas opiniões alheias. Os idosos participaram de forma ativa, interagiram com entusiasmo e compartilharam experiências pessoais.

Impressões pessoais

Foi notável a disposição dos idosos em participar, mesmo diante da dificuldade inicial do transporte. Muitos chegaram sorrindo e brincando, o que evidenciou o quanto o CRAS representa um espaço de pertencimento, acolhimento e bem-estar. A atividade proposta despertou reflexões profundas e permitiu que os participantes relacionassem sua trajetória de vida às escolhas que fizeram ao longo dos anos. O engajamento coletivo reforça a centralidade do serviço como espaço de socialização, fortalecimento da autoestima e ressignificação das experiências individuais.

Relatos de vida e memória social – Monte Azul Paulista- SP

Idoso A

Durante a entrevista, este senhor, de postura comunicativa e sorriso constante, compartilhou uma experiência marcante de sua infância, que teve repercussões duradouras em sua vida adulta. Relatou ter crescido no período da ditadura militar, em um contexto de medo e insegurança, no qual a presença policial era associada ao desaparecimento de pessoas de sua comunidade. Narrou um episódio ocorrido por volta de seus 12 anos de idade, e recordou-se de quando estava em uma represa com amigos, em momentos de lazer e brincadeiras próprias da adolescência. Ao perceberem a aproximação de um carro da polícia, todos saíram correndo às pressas, temerosos. Contudo, um dos amigos, apelidado carinhosamente de “gordinho”, ficou para trás e foi visto sendo conduzido por policiais até o veículo. Apesar da denúncia imediata à família, a polícia negou o ocorrido, e o desaparecimento do jovem nunca foi elucidado, mesmo diante dos incansáveis esforços da mãe em buscar respostas

Esse episódio, segundo o idoso, marcou profundamente sua trajetória, a ponto de influenciar hábitos alimentares e sua relação com o corpo. Ao longo dos anos, desenvolveu medo de ganhar peso, associando-o inconscientemente à vulnerabilidade vivida por seu amigo. Tal percepção repercutiu em quadros de saúde, incluindo episódios de anemia. Apenas na vida adulta, por meio de acompanhamento terapêutico, conseguiu elaborar esse trauma, compreendendo que o medo do ganho de peso era, na verdade, uma manifestação simbólica de um trauma associado à perda do amigo.

Esse relato revela como experiências históricas e sociais podem incidir diretamente sobre a constituição subjetiva do indivíduo, marcando sua forma de perceber a si mesmo e o mundo. Ao compartilhar tal vivência, o idoso evidenciou não apenas sua história pessoal, mas

também a memória coletiva de um período marcado por violações de direitos humanos, o que se entrelaça com os desafios atuais do envelhecimento ativo e saudável.

Idosa B

Durante a entrevista, esta senhora compartilhou lembranças de sua juventude, quando, por volta dos 20 anos, trabalhava como faxineira e vivia em contexto de vulnerabilidade socioeconômica. Relata que, nesse período, conheceu um homem mais velho, viúvo e pai de dois filhos, com quem desenvolveu vínculo afetivo que resultou em casamento.

O esposo possuía, à época, uma condição financeira considerada estável, administrando uma grande mercearia, imóveis de aluguel, além de dispor de carro e casa própria. Esse fato, no entanto, motivou intensos julgamentos sociais: a jovem foi rotulada de “interesseira” e “sem vergonha” por parte da comunidade, em razão da diferença de idade e da condição patrimonial do marido. Os próprios filhos dele não a aceitavam plenamente, reforçando as tensões familiares. Com o passar do tempo, os bens acumulados foram gradativamente se perdendo, em razão da má administração dos filhos. Essa perda material não a abalou, pois nunca valorizou luxo ou ostentação, mantendo uma vida simples.

Posteriormente, quando o marido adoeceu e a família já não dispunha de recursos financeiros suficientes, ela retornou ao trabalho como faxineira para contribuir com as despesas domésticas e custear o tratamento de saúde do esposo. Essa postura também foi alvo de críticas de conhecidos, que a julgavam por “se rebaixar” a trabalhos domésticos. Ainda assim, reafirma que sua escolha foi pautada pela dignidade, pelo compromisso e pelo cuidado com o companheiro. Após o falecimento do marido, a idosa permaneceu distante dos enteados, que pouco contribuíram para os cuidados do pai.

Hoje, viúva, reflete sobre sua trajetória com sentimento de orgulho, considerando-se uma mulher forte, íntegra e resiliente. Seu relato demonstra não apenas as dificuldades enfrentadas, mas a capacidade de ressignificação das adversidades, sustentada por valores de solidariedade e responsabilidade afetiva.

Idosa C

Essa senhora, de fala firme e, ao mesmo tempo meiga, relatou que a atividade conduzida minutos antes pela terapeuta ocupacional – sobre a importância das escolhas pessoais – despertou lembranças profundas de sua trajetória.

Desde jovem, sempre demonstrou aptidão para a matemática. Ao concluir o ensino médio, começou a dar aulas particulares da disciplina para crianças, como forma de auxiliar a

família. Uma de suas alunas era filha do gerente de um banco local. Com dedicação, conseguiu ajudar a menina a superar as dificuldades escolares. Em agradecimento, o pai da jovem lhe ofereceu uma recompensa financeira, mas ela, determinada, pediu-lhe um emprego em vez do dinheiro. Pouco tempo depois, foi chamada para trabalhar no banco, inicialmente em uma função simples de recepção. Com esforço e competência, foi ascendendo de cargo até chegar à posição de subgerente, atuando diretamente com cooperativas.

Relata que sempre cultivou valores de independência e liberdade, recusando-se a seguir as convenções sociais da época. Em sua juventude, apaixonou-se por um rapaz de um município vizinho, cuja alegria e simplicidade a encantavam. Apesar da forte conexão afetiva, sentia-se insegura quanto ao futuro, pois o jovem não almejava ascender socialmente ou profissionalmente. O relacionamento, vivido de forma reservada por anos, foi marcado por intensidade, mas também por dúvidas. Com a chegada de um novo gerente ao banco – homem mais velho e de perfil mais sério –, passou a ser cortejada, embora inicialmente não tivesse interesse. Com o tempo, porém, a solidão a fez aceitar o pedido de namoro, relação que mais tarde resultaria em casamento.

Atualmente, mantém uma vida estável e confortável, mas confessou carregar uma tristeza íntima: nunca esqueceu o romance da juventude, que descreveu como o grande amor de sua vida. Disse que a reflexão proposta na atividade do dia trouxe à tona esse sentimento, levando-a a ponderar que, se pudesse voltar no tempo, teria feito escolhas diferentes. Afirma que não teria permitido que a insegurança e os julgamentos sociais a impedissem de viver plenamente aquele amor.

Esse relato revela como as escolhas feitas em diferentes etapas da vida, ainda que pautadas por razões compreensíveis no momento, podem deixar marcas emocionais profundas e duradouras. Também mostra a relevância de espaços como o CRAS, onde reflexões coletivas possibilitam que os idosos ressignifiquem suas experiências e encontrem acolhimento para memórias e sentimentos que ainda reverberam.

Reflexão analítica

Os relatos de vida apresentados, coletados no contexto de um serviço socioassistencial, revelam a potência do diário de campo como instrumento de apreensão da realidade social em sua dimensão histórica, subjetiva e relacional. As falas dos idosos evidenciam que as experiências individuais estão profundamente imbricadas nos processos sociais, políticos e econômicos de seu tempo, confirmando que a velhice não pode ser

compreendida de forma dissociada do percurso de vida e das condições estruturais que o moldaram.

No relato do **Idoso A**, observa-se de forma contundente a incidência da macroestrutura política sobre a constituição subjetiva do indivíduo. A experiência vivida durante a ditadura militar, marcada pelo medo, pela violência institucional e pelo desaparecimento forçado de um amigo, ultrapassa o âmbito do evento isolado e se inscreve como trauma duradouro, com repercussões psicossociais e somáticas ao longo de sua trajetória. O medo internalizado, expresso na relação com o corpo e na alimentação, evidencia como a violência de Estado pode produzir efeitos silenciosos e prolongados, que se manifestam no cotidiano, na saúde e nas formas de autocuidado. Esse relato reafirma a necessidade de o Serviço Social considerar as marcas do autoritarismo e das violações de direitos humanos como determinantes sociais que seguem atravessando a vida dos sujeitos, inclusive décadas após os acontecimentos.

A narrativa da **Idosa B** explicita as intersecções entre gênero, classe social, trabalho e julgamento moral. Sua trajetória é marcada por sucessivas situações de estigmatização, nas quais a mulher pobre é historicamente responsabilizada e moralizada por suas escolhas afetivas e profissionais. Ao ser rotulada como “interesseira” e, posteriormente, criticada por retornar ao trabalho doméstico, evidencia-se a persistência de padrões sociais que desqualificam o trabalho feminino, especialmente quando realizado em ocupações associadas ao cuidado e à limpeza.

Ainda assim, a idosa constrói uma narrativa de resistência e dignidade, afirmando valores como compromisso, solidariedade e responsabilidade afetiva. Sua fala revela uma capacidade de ressignificação das perdas materiais e afetivas, deslocando o valor da vida do acúmulo patrimonial para a integridade ética de suas escolhas. Tal relato convoca o Serviço Social a problematizar a naturalização das desigualdades de gênero e a reconhecer o trabalho, formal ou informal, como dimensão central da construção da autonomia e da identidade.

Já o relato da Idosa C permite uma reflexão aprofundada sobre o campo das escolhas, das renúncias e de seus efeitos subjetivos ao longo do curso da vida. Sua trajetória profissional é marcada pela mobilidade social e pela conquista da autonomia financeira, resultado de mérito pessoal, oportunidade e contexto institucional favorável.

Contudo, no plano afetivo, emergem sentimentos de perda e luto não elaborados, relacionados a decisões tomadas sob o peso das normas sociais e do medo da instabilidade. A fala revela que nem sempre a ascensão social ou a estabilidade material são suficientes para garantir satisfação emocional, apontando para a complexidade da experiência humana e para os limites de leituras reducionistas sobre sucesso e bem-estar.

A atividade grupal desenvolvida no CRAS atua, nesse caso, como um disparador de memória e reflexão, demonstrando o papel dos serviços socioassistenciais como espaços legítimos de elaboração simbólica e escuta qualificada.

De forma transversal, os três relatos reforçam a compreensão de que a memória não é apenas um resgate do passado, mas um processo vivo de interpretação e atribuição de sentidos no presente. O diário de campo, enquanto ferramenta metodológica, revela-se fundamental para captar essas nuances, permitindo ao profissional não apenas registrar fatos, mas analisar como os sujeitos significam suas experiências e como estas são atravessadas pelas determinações sociais. A escuta atenta e ética possibilita que histórias silenciadas – pela pobreza, pela repressão política ou pelas normas morais – encontrem reconhecimento institucional.

Assim, as falas analisadas evidenciam o potencial do Serviço Social na promoção de espaços de fala, reflexão e reconhecimento da trajetória dos idosos, contribuindo para processos de envelhecimento mais dignos e conscientes. Ao acolher essas narrativas, o trabalho profissional reafirma seu compromisso ético-político com a defesa de direitos, com a valorização da história de vida dos sujeitos e com a construção de práticas que considerem a totalidade social em que esses indivíduos estão inseridos.

3.2.2 Participantes – profissionais

No município de Monte Azul Paulista foram aplicados questionários a quatro profissionais que atuam diretamente com a população idosa em diferentes serviços socioassistenciais e de saúde. O objetivo da coleta foi compreender, a partir da experiência prática desses profissionais, os entendimentos e percepções acerca do conceito de envelhecimento ativo, bem como os principais desafios e estratégias identificadas no contexto local.

Os respondentes apresentaram perfis diversificados em termos de formação e tempo de atuação, abrangendo funções que vão desde o estágio acadêmico em Psicologia até cargos de terapeuta ocupacional e técnica de referência no SCFV.

Essa heterogeneidade de trajetórias profissionais enriquece a análise, pois permite observar como diferentes áreas de conhecimento e tempos de serviço contribuem para a construção de práticas voltadas ao idoso. Responderam ao questionário quatro profissionais.

Tabela 16 – Transcrição das respostas dos profissionais de Monte Azul Paulista- SP – Profissional A

Pergunta	Resposta Transcrita
1. Qual a sua atuação no trabalho com os idosos?	Trabalho com atividades físicas, fico preocupada em passar para eles a importância de se cuidarem e da continuidade da vida

2. O que entende por envelhecimento ativo?	Ser independente nas atividades do dia a dia, ter uma saúde mental boa e ser feliz
3. Quais os maiores obstáculos para o envelhecimento ativo?	A velhice e as doenças que vêm com o tempo
4. Obstáculos no serviço para promover o envelhecimento ativo?	Falta de apoio, algumas atividades não têm frequência dos idosos
5. Os idosos possuem a mesma importância social que os demais?	Deveriam ter, mas não acontece assim, pois muitos acham que não contribuem mais
6. Os serviços prestados pelo município cobrem toda a demanda?	Não, ainda não tem muito investimento, falta de economia
7. Idosos em vulnerabilidade social são mais prejudicados?	Sim, muitas vezes sim, pela falta de informação
8. A população idosa tem acesso à informação?	Não totalmente, falta de políticas públicas e motivação
9. O idoso pode não frequentar o serviço por desinformação?	Acredito que sim, pois não são informados de tudo e dependem de outras pessoas
10. Estratégias utilizadas	Não soube responder

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 17 – Transcrição das respostas dos profissionais de Monte Azul Paulista- SP – Profissional B

Pergunta	Resposta Transcrita
1. Qual a sua atuação no trabalho com os idosos?	Auxílio no atendimento em grupo e individual, escuta e apoio às demandas dos idosos
2. O que entende por envelhecimento ativo?	Envelhecer com qualidade de vida, saúde, liberdade de escolhas, moradia digna, alimentação e afeto
3. Quais os maiores obstáculos para o envelhecimento ativo?	Acessibilidade e apoio, muitos idosos são solitários, negligenciados e não têm instrução suficiente para buscar ajuda
4. Obstáculos no serviço para promover o envelhecimento ativo?	Falta de verba, necessidade de mudar o planejamento constantemente e buscar novas saídas
5. Os idosos possuem a mesma importância social que os demais?	Para muitos não, pois são vistos como descartáveis, já que não produzem mais
6. Os serviços prestados pelo município cobrem toda a demanda?	Não, a demanda é alta e a mão de obra é pequena, além da falta de informação
7. Idosos em vulnerabilidade social são mais prejudicados?	Sim, com toda a certeza, pois afeta todas as áreas da vida deles
8. A população idosa tem acesso à informação?	Sim, porém insuficiente; faltam palestras, visitas domiciliares e campanhas
9. O idoso pode não frequentar o serviço por desinformação?	Sim, até a geração dos avós, que priorizavam trabalhar e não tinham tempo para lazer, o que persiste
10. Estratégias utilizadas	Informar sobre autocuidado, escuta ativa, compreender particularidades e encaminhar aos serviços adequados

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 18 – Transcrição das respostas dos profissionais de Monte Azul Paulista- SP – Profissional C

Pergunta	Resposta Transcrita
1. Qual a sua atuação no trabalho com os idosos?	Encarrego-me da condução e acompanhamento das atividades nos grupos, utilizando arteterapia
2. O que entende por envelhecimento ativo?	Manter equilíbrio na saúde, autonomia, liberdade, vínculos e qualidade de vida
3. Quais os maiores obstáculos para o envelhecimento ativo?	Limitações físicas, doenças, abandono, perda da autonomia, solidão e falta de inserção social
4. Obstáculos no serviço para promover o envelhecimento ativo?	Restrições no orçamento, falta de recursos para manter atividades de forma contínua

5. Os idosos possuem a mesma importância social que os demais?	Sim, já contribuíram ao longo da vida e devem ser valorizados como pessoas dignas
6. Os serviços prestados pelo município cobrem toda a demanda?	Não, apenas uma parcela é atendida; muitos não procuram os serviços ou não são encaminhados
7. Idosos em vulnerabilidade social são mais prejudicados?	Sim, pois a qualidade de vida deles exige maior atenção e cuidados
8. A população idosa tem acesso à informação?	Hoje a informação é pela internet, mas muitos não têm acesso. É necessário usar linguagem simples
9. O idoso pode não frequentar o serviço por desinformação?	Sim, muitos não sabem da existência dos serviços ou não participam mesmo sabendo
10. Estratégias utilizadas	Grupo Vivacidade 60+, que promove vínculos, autonomia, liberdade e qualidade de vida

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 19 – Transcrição das respostas dos profissionais de Monte Azul Paulista- SP – Profissional D

Pergunta	Resposta Transcrita
1. Qual a sua atuação no trabalho com os idosos?	Técnica de referência no SCFV para idosos
2. O que entende por envelhecimento ativo?	Envelhecer com qualidade de vida, entender limitações, acolher experiências e participar dos espaços sociais
3. Quais os maiores obstáculos para o envelhecimento ativo?	Questão social é o principal obstáculo, pois impacta diretamente
4. Obstáculos no serviço para promover o envelhecimento ativo?	Falta de recursos
5. Os idosos possuem a mesma importância social que os demais?	Infelizmente não, pois a sociedade ainda estigmatiza a pessoa idosa como incapaz
6. Os serviços prestados pelo município cobrem toda a demanda?	Acredito que poderia ser mais amplo
7. Idosos em vulnerabilidade social são mais prejudicados?	Com certeza, a questão social impacta em todas as áreas
8. A população idosa tem acesso à informação?	Não, falta articulação entre os serviços da rede
9. O idoso pode não frequentar o serviço por desinformação?	Acredito que sim, há falta de esclarecimento sobre a importância das atividades
10. Estratégias utilizadas	Articulação entre SUAS e SUS, encontros temáticos, promoção da saúde e garantia de direitos

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

A construção da tabela comparativa referente ao município de Monte Azul Paulista teve como propósito reunir, em um único quadro analítico, os principais pontos levantados pelos quatro profissionais entrevistados. Essa etapa buscou identificar regularidades, contrastes e complementaridades nas percepções sobre o envelhecimento ativo, permitindo uma visão ampliada do cenário local.

Tabela 20 – Comparação das respostas dos profissionais

Eixo de Análise	Profissional A	Profissional B	Profissional C	Profissional D	Profissional E
Idade/Tempo de serviço	49 anos / 5 anos	21 anos / 1 ano	44 anos / 10 anos	31 anos / 11 meses	Idade/Tempo de serviço
Atuação	Atividades físicas	Estágio Psicologia – CRAS	Terapia Ocupacional	Técnica de Referência SCFV	Atuação
Envelhecimento ativo	Independência, saúde mental e felicidade	Qualidade de vida, escolhas, afeto	Equilíbrio, autonomia, vínculos	Qualidade de vida, participação social	Envelhecimento ativo
Obstáculos principais	Doenças, velhice	Acessibilidade, solidão, negligência	Abandono, doenças, limitações físicas	Questão social, falta de recursos	Obstáculos principais
Obstáculos nos serviços	Falta de apoio e adesão dos idosos	Falta de verba e planejamento	Restrições no orçamento	Falta de recursos	Obstáculos nos serviços
Importância social do idoso	Deveriam ter, mas não acontece	Vistos como descartáveis	Já contribuíram, devem ser valorizados	Sofrem estigma social	Importância social do idoso
Cobertura dos serviços	Não cobre	Não cobre, falta mão de obra	Não cobre, só parte dos idosos	Poderia ser mais amplo	Cobertura dos serviços
Vulnerabilidade social	Prejudica por falta de informação	Impacto negativo em todas as áreas	Requer mais atenção e cuidados	Impacta todas as áreas da vida	Vulnerabilidade social
Acesso à informação	Falta política e motivação	Insuficiente, falta palestras	Rede social não acessível, linguagem difícil	Falta articulação entre serviços	Acesso à informação
Desinformação como barreira	Sim, dependem de outros	Sim, geração antiga priorizou o trabalho	Sim, muitos não sabem dos serviços	Sim, falta esclarecimento	Desinformação como barreira

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Reflexão analítica

A análise das respostas dos profissionais de Monte Azul Paulista evidencia uma compreensão ampla e multifacetada do conceito de envelhecimento ativo, ancorada em perspectivas que articulam dimensões físicas, emocionais e sociais. Observa-se que, embora cada profissional possua formações e tempos de atuação distintos, há convergência quanto à centralidade da qualidade de vida, da autonomia e da participação social como pilares fundamentais para a promoção do envelhecimento ativo. Essa leitura está alinhada à definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), que compreende o envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

No eixo “obstáculos principais”, a presença recorrente de termos como doenças, abandono, solidão e negligência revela a percepção de que o envelhecimento ainda é atravessado por condicionantes estruturais e emocionais que limitam a autonomia e a integração social dos

idosos. Essa constatação reforça o que Camarano (2018) e Debert (2012) já apontam: o envelhecimento no Brasil se dá de maneira desigual, marcado por vulnerabilidades sociais e pela ausência de políticas públicas suficientemente abrangentes para responder às necessidades dessa população. Além disso, a ênfase dada pelos profissionais às questões de saúde física e mental indica que o enfrentamento da velhice é compreendido não apenas sob o prisma biológico, mas também como um desafio psicossocial e relacional.

Quanto aos obstáculos no âmbito dos serviços, todos os entrevistados apontaram limitações materiais e estruturais – como falta de verba, restrições orçamentárias e carência de recursos humanos. Essas dificuldades refletem a fragilidade das políticas públicas municipais, especialmente em municípios de pequeno porte, onde a execução de programas sociais depende fortemente da articulação entre diferentes setores e da disponibilidade de repasses federais (Silva, 2014). O relato de que os serviços “não cobrem toda a demanda” e que a “falta de apoio e adesão dos idosos” constitui um entrave, reforça a necessidade de planejamentos intersetoriais entre o SUAS e o SUS, conforme defendem Costa e Pinto (2021).

O eixo “importância social do idoso” apresenta uma visão crítica e realista dos profissionais: embora reconheçam que o idoso deveria ter papel social valorizado, relatam que, na prática, isso ainda não ocorre plenamente. As menções à “descartabilidade” e ao “estigma social” revelam que, em muitos contextos, o idoso continua sendo percebido como um sujeito improdutivo, reforçando o imaginário social da velhice como fase de dependência e declínio. Esse olhar é problematizado por Beauvoir (1990), que argumenta que o envelhecimento, longe de ser um processo puramente biológico, é socialmente construído e hierarquizado segundo critérios de utilidade e produtividade.

A dimensão da vulnerabilidade social foi unânime entre os profissionais: todos reconheceram que a pobreza, a desinformação e a falta de acesso a políticas públicas impactam diretamente na capacidade do idoso de exercer um envelhecimento ativo. Essa constatação corrobora estudos de Neri (2019), que associam vulnerabilidade social à limitação de oportunidades para o exercício da autonomia, bem como à ampliação do isolamento e da dependência funcional. A falta de acesso à informação e de articulação entre os serviços públicos também aparece como um fator agravante, revelando um distanciamento entre as ações planejadas e a realidade vivenciada pelos usuários do SCFV.

Por fim, quanto às estratégias de enfrentamento, destacam-se as práticas de articulação entre SUAS e SUS, os grupos temáticos (como o Vivacidade 60+), e o fortalecimento da escuta ativa e da comunicação entre profissionais e idosos. Tais iniciativas reforçam a importância de estratégias coletivas e comunitárias, nas quais o assistente social desempenha

papel mediador essencial – promovendo o acesso a direitos, fomentando a participação cidadã e fortalecendo os vínculos interpessoais. De acordo com Iamamoto (2014), a atuação do assistente social deve ser compreendida como prática política e pedagógica, que visa não apenas atender demandas imediatas, mas também fomentar processos de emancipação e protagonismo social.

Assim, a leitura da tabela comparativa de Monte Azul Paulista permite afirmar que, embora os profissionais demonstrem sensibilidade e compromisso com o envelhecimento ativo, as limitações estruturais dos serviços, a precarização das políticas públicas e o estigma social da velhice ainda se impõem como desafios centrais. No entanto, também se evidencia uma postura ética e propositiva desses profissionais, que buscam, dentro de suas possibilidades, promover práticas inclusivas, afetivas e humanizadas voltadas ao fortalecimento da cidadania da pessoa idosa.

3.3 MUNICÍPIO DE CAJOBI-SP

Figura 6 – Mapa do município de Cajobi-SP



Fonte: Google Maps⁷.

⁷ Disponível em: https://www.google.com/maps/search/mapa+municipio+de+cajobi+@-20.8740717,-48.8896625,135975m/data=!3m2!1e3!4b1?entry=ttu&g_ep=EgoyMDI2MDEyMS4wIKXMDS0KLDEwMdc5MjA3M0gBUAM%3D. Acesso em: 12 dez. 2025.

Características Demográficas do Município de Cajobi-SP

O município de Cajobi localiza-se na região Noroeste do estado de São Paulo, integrando a Região Administrativa de Barretos e a mesorregião de São José do Rio Preto, situando-se a cerca de 420 km da capital paulista (IBGE, 2024). Possui uma área territorial de 177,51 km² e uma população de 9.768 habitantes, segundo dados do Censo Demográfico de 2022, com estimativa de crescimento populacional para 9.920 habitantes em 1º de julho de 2024 (IBGE, 2024). A densidade demográfica do município é de aproximadamente 55,0 hab./km², configurando-se como um município de pequeno porte, com características tipicamente interioranas, marcadas por forte vínculo comunitário e redes de sociabilidade mais próximas.

No que se refere ao desenvolvimento socioeconômico, o PIB *per capita* de Cajobi foi estimado em R\$ 42.180,00 em 2021 (IBGE, 2024), o que reflete uma economia local baseada principalmente no setor de serviços, agricultura e pequenas indústrias. O IDHM, com base nos dados de 2010, é de 0,754, considerado elevado, apresentando valores equilibrados entre longevidade (0,829), educação (0,739) e renda (0,697) (PNUD/IBGE/IPEA, 2013). Esses indicadores situam Cajobi acima da média nacional, refletindo avanços significativos em políticas de educação, saúde e qualidade de vida, fatores diretamente relacionados ao processo de envelhecimento populacional.

Características do município em relação ao envelhecimento

Assim como observado em outros municípios do interior paulista, Cajobi acompanha a tendência de transição demográfica marcada pela queda das taxas de fecundidade e aumento progressivo da expectativa de vida, o que tem resultado em um crescimento proporcional da população idosa. Segundo dados da Fundação SEADE (2023) e informações da Secretaria Municipal de Saúde, aproximadamente 17% da população local é composta por pessoas com 60 anos ou mais, o que representa cerca de 1.650 habitantes. Esse índice é ligeiramente superior à média nacional, estimada em 15,2% para o mesmo período, e está em consonância com o perfil de envelhecimento observado na região Noroeste do estado (SEADE, 2023; IBGE, 2024).

Em relação às políticas voltadas ao idoso, o município mantém ações de promoção do envelhecimento ativo, articuladas principalmente por meio do SCFV e do CRAS. Esses serviços desenvolvem atividades físicas, oficinas de artesanato, dinâmicas de grupo, rodas de conversa e ações intergeracionais, com o objetivo de fortalecer vínculos familiares e comunitários, além de prevenir situações de isolamento social.

Entre as iniciativas locais, destaca-se o programa “Cajobi em Movimento”, conduzido em parceria com a Secretaria Municipal de Esportes, que promove encontros semanais voltados à prática de atividades físicas e alongamentos específicos para o público idoso.

Também são promovidos eventos culturais, viagens e festividades temáticas, que buscam ampliar a participação social e o sentimento de pertencimento entre os idosos. Essas ações se articulam com outras políticas públicas locais, como a Campanha Municipal de Prevenção de Quedas, o Projeto Saúde na Melhor Idade e palestras educativas realizadas em parceria com a rede de Atenção Básica e com o Fundo Social de Solidariedade (Prefeitura Municipal de Cajobi, 2024).

O município também tem buscado integrar-se a programas estaduais voltados à terceira idade, como o Viva Melhor Idade e o São Paulo Amigo do Idoso, iniciativas que estimulam o envelhecimento ativo, a socialização e o protagonismo da pessoa idosa nas comunidades. Essas políticas, ainda que de alcance limitado devido à estrutura administrativa enxuta do município, têm contribuído para reforçar a importância da inclusão social do idoso como sujeito de direitos e agente de transformação comunitária.

Pesquisa de campo

Realizou-se no dia 15 de setembro, às 13 horas da tarde, a pesquisa de campo com a coleta de dados através de questionários orientadores da pesquisa, no CRAS, onde é realizado o trabalho com os idosos, do município Cajobi-SP.

São referenciados no serviço, 174 (cento e setenta e quatro) idosos, sendo 137 (cento e trinta e sete) residentes de Cajobi, e 37 (trinta e sete) munícipes do distrito de Monte Verde Paulista. O qual estima-se a população de 1.203 (mil duzentos e três) habitantes, localizado a cerca de 05,8 km de distância de Cajobi, com aproximadamente 09 minutos de viagem entre os locais.

O equipamento encontra-se localizado no endereço: Rua Eduardo Dielo, 741 – CEP: 15.410-000 – Telefone para contato: (17) 3563-1562. Horário de funcionamento: 8h às 17h.

A profissional responsável pelo serviço é Diretora de atividades, Aline Ribeiro Basile Rodrigues, a qual autorizou e acompanhou todo o processo das entrevistas. Inicialmente, o contato foi realizado mediante ligação telefônica, na qual foi informado a coordenadora as intenções e informações sobre a pesquisa, e a coleta de dados, assim como prestação de esclarecimentos e dúvidas sobre o estudo.

Encaminhou-se por e-mail o questionário orientador e o termo de consentimento livre e esclarecido, para conhecimento e análise da instituição. A partir deste, e após seu aceite, o contato foi conduzido por mensagens via aplicativo WhatsApp.

3.3.1 Participantes – idosos

Na data supracitada, a entrevista foi realizada com alguns profissionais e com os idosos. Foi possível entrevistar 05 (cinco) idosos do serviço, estes se voluntariaram prontamente a participar da entrevista. Foram estes:

Tabela 21 – Informações com características pessoais dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Renda Financeira
Idoso A	F	79	Viúva	Ensino Fundamental	Pensionista
Idosa B	M	67	Casado	Ensino Fundamental	Aposentado
Idosa C	F	65	Casada	Ensino Fundamental	Outro programa social
Idosa D	F	73	Casada	Ensino Fundamental	Aposentada
Idosa E	F	66	Casada	Ensino Fundamental	Advém do esposo

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

A tabela apresentada, construída a partir dos dados coletados junto aos participantes do município de Cajobi-SP, revela aspectos sociodemográficos relevantes para compreender o perfil dos idosos inseridos no SCFV e, conseqüentemente, as dinâmicas do envelhecimento ativo na localidade. O grupo é composto por cinco participantes, sendo quatro mulheres e um homem, com idades variando entre 65 e 79 anos. A predominância feminina corrobora o fenômeno demográfico amplamente reconhecido pela literatura, que aponta para a feminização da velhice (Camarano, 2018; Neri, 2019). Essa realidade decorre, entre outros fatores, da maior expectativa de vida entre as mulheres e da mortalidade masculina mais elevada em faixas etárias anteriores, fenômeno também identificado em nível nacional pelo IBGE (2024).

No tocante à faixa etária, observa-se que todos os entrevistados estão situados dentro do grupo considerado idoso pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), sendo que a maioria encontra-se acima dos 65 anos (Brasil, 2003). Tal dado reflete o envelhecimento populacional crescente no interior paulista, o qual vem se intensificando nas últimas décadas devido à redução das taxas de fecundidade e ao aumento da longevidade (OMS, 2005; SEADE, 2023). A média de idade do grupo indica um público predominantemente idoso jovem a médio, capaz de participar ativamente das atividades propostas pelo serviço, o que reforça o papel do SCFV na promoção da autonomia, da socialização e da manutenção das capacidades físicas e cognitivas.

Em relação ao estado civil, quatro dos cinco participantes são casados, e apenas um é viúvo. Esse dado aponta para a existência de vínculos familiares estáveis, o que, conforme Debert (2012), constitui um fator de proteção emocional e social relevante para o envelhecimento saudável. O apoio familiar é um elemento essencial na rede de suporte do idoso, pois influencia diretamente o bem-estar subjetivo e a adesão às políticas públicas de convivência e cuidado. No entanto, mesmo entre os idosos casados, a literatura destaca a necessidade de políticas que considerem o fortalecimento dos laços comunitários e a ampliação da rede social, a fim de prevenir situações de isolamento (NERI, 2019; OMS, 2005).

Quanto ao nível de escolaridade, todos os participantes declararam possuir o ensino fundamental completo ou incompleto, o que demonstra uma limitação no acesso à educação formal. Essa realidade é comum entre idosos de municípios de pequeno porte, principalmente no interior paulista, onde, historicamente, a escolarização era interrompida precocemente em razão da inserção precoce no mercado de trabalho (Camarano, 2018; Debert, 2012). A baixa escolaridade pode impactar na capacidade de compreensão de informações relacionadas à saúde e aos direitos sociais, o que reforça a importância do trabalho de mediação realizado pelos profissionais da assistência social e da saúde. Além disso, influencia diretamente o acesso a informações sobre envelhecimento ativo e o uso de tecnologias, dimensões cada vez mais relevantes na sociedade contemporânea.

No que se refere à renda, identifica-se um predomínio de fontes previdenciárias e assistenciais: dois aposentados, uma pensionista, uma beneficiária de programa social e uma idosa cuja renda advém do esposo. Esse dado reflete o caráter de dependência econômica das pessoas idosas, sobretudo das mulheres, cujas trajetórias laborais foram historicamente marcadas pela informalidade e pelo trabalho doméstico não remunerado (Iamamoto, 2014; Neri, 2019). A dependência financeira pode representar um fator de vulnerabilidade, especialmente em contextos familiares em que há múltiplos dependentes do mesmo benefício. No entanto, no caso de Cajobi, o vínculo com o SCFV demonstra a existência de políticas públicas que buscam mitigar os efeitos dessa desigualdade, promovendo espaços de convivência e inclusão social.

Em síntese, o perfil dos idosos entrevistados em Cajobi-SP indica uma população predominantemente feminina, casada, com baixo nível de escolaridade e com rendimentos oriundos da previdência social ou de programas assistenciais. Esse cenário é coerente com a realidade observada em municípios de pequeno porte do interior paulista e reforça a necessidade de ações intersetoriais que garantam o envelhecimento ativo em suas múltiplas dimensões – física, social, econômica e emocional.

Assim, a análise dos dados evidencia a importância do papel do assistente social e das equipes multiprofissionais no desenvolvimento de estratégias que assegurem o direito à participação, à autonomia e à dignidade da pessoa idosa, em consonância com as diretrizes da Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994) e do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003).

Tabela 22 – Transcrição das respostas dos questionários (Cajobi-SP)

Pergunta	Alternativas/Respostas	Frequência	%
Q1 – Como soube do CDI?	Pessoa conhecida orientou	5	100%
Q2 – As atividades beneficiam a qualidade de vida?	Sim. Oficinas, massagem, passeios, ativação de memória, aprender coisas novas, integração após as atividades	5	100%
Q3 – As atividades favorecem a integração entre os participantes?	Sim	5	100%
Q4 – Qual atividade considera mais importante?	Integração entre os participantes, atividade física e alongamento, caça-palavras, convivência	5	100%
Q5 – Sugestões de melhoria	Quatro não têm sugestões; uma sugeriu mais atividades de memória	5	100%

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Os dados obtidos a partir dos questionários aplicados aos idosos de Cajobi-SP demonstram um grupo satisfeito com as atividades desenvolvidas pelo Centro de Convivência. Todos os participantes relataram conhecer o serviço por meio de indicações pessoais, o que evidencia o papel das redes comunitárias como importante mecanismo de divulgação e aproximação do público idoso aos serviços socioassistenciais.

A totalidade dos entrevistados reconhece os benefícios das atividades para sua qualidade de vida, destacando aspectos relacionados à socialização, estimulação cognitiva, lazer e bem-estar físico, o que confirma a efetividade do SCFV como espaço de promoção do envelhecimento ativo. As respostas também indicam que as atividades proporcionam forte integração entre os participantes, fortalecendo vínculos e reduzindo o isolamento social, dimensões essenciais para a saúde mental e emocional na velhice.

Em relação às sugestões, quatro idosos afirmaram não ter recomendações de mudança, enquanto apenas um apontou a necessidade de ampliar as atividades voltadas à memória, o que reflete tanto o grau de satisfação geral quanto a percepção de que as ações cognitivas possuem impacto significativo para a manutenção da autonomia funcional. Assim, o conjunto de respostas demonstra que o serviço é valorizado e cumpre um papel importante no cotidiano dos idosos, funcionando como espaço de convivência, aprendizado e pertencimento social.

Diário de Campo: Município de Cajobi-SP

Data: 15 de setembro de 2025

Horário: 13h

Local: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – Centro de Convivência do Idoso (CCI)

Descrição e observação do encontro

A atividade ocorreu no salão principal do Centro de Convivência do Idoso de Cajobi, um espaço arejado e acolhedor, organizado com mesas redondas que favoreciam a interação entre os participantes. No dia da visita, o grupo estava reunido para uma tarde de oficinas, envolvendo dinâmicas de ativação de memória, atividades manuais e momentos de integração coletiva.

Desde o início, foi possível observar um ambiente de afeto e pertencimento, em que os idosos se cumprimentavam com alegria e compartilhavam pequenas histórias do cotidiano. As profissionais responsáveis pela condução das atividades – assistente social e monitora – mantinham uma postura próxima, incentivando a participação e valorizando as falas individuais.

Durante as oficinas, a dinâmica de grupo favoreceu o diálogo e a espontaneidade. Houve momentos de descontração, risadas e partilhas emocionadas sobre a importância de estarem ali, convivendo e aprendendo juntos. Uma das atividades propostas envolveu a confecção de pequenos objetos decorativos, enquanto outra se dedicou a exercícios de alongamento e coordenação motora. Os participantes demonstraram envolvimento e satisfação com as práticas, especialmente aquelas que estimulavam a socialização.

Impressões pessoais

A experiência em Cajobi evidenciou o impacto positivo das ações de convivência na promoção do envelhecimento ativo. Mesmo diante de limitações comuns à faixa etária, como dores físicas ou dificuldades de locomoção, observou-se uma clara valorização do espaço de encontro. O grupo revelou forte senso de pertencimento, descrevendo o CCI como um lugar de acolhimento, aprendizado e troca.

As falas dos idosos reforçaram a relevância do trabalho interdisciplinar desenvolvido pelo serviço, em que a atuação do assistente social, articulada à da equipe técnica, contribui para o fortalecimento dos vínculos afetivos e para a ampliação da autonomia dos participantes. Notou-se, ainda, que o incentivo ao diálogo e à expressão de experiências

peçoais desempenha papel fundamental na preservação da autoestima e no sentimento de utilidade social.

De modo geral, a observação reforçou que o espaço de convivência em Cajobi atua não apenas como local de atividades recreativas, mas também como território simbólico de pertencimento e construção de sentido coletivo.

Relatos de vida

Durante a atividade, os idosos foram convidados a compartilhar experiências marcantes de suas trajetórias.

- **Idosa A:** contou que sempre valorizou o trabalho e o convívio familiar. Disse que o grupo a ajudou a superar momentos de solidão após a viuvez, destacando o quanto as atividades no centro lhe devolveram alegria e vontade de sair de casa;
- **Idoso B:** relatou que conheceu o centro por meio de um amigo e que as oficinas e passeios o ajudaram a se manter ativo. Mencionou com entusiasmo a oficina de massagem e os alongamentos, atividades que melhoraram sua mobilidade e disposição física;
- **Idosa C:** disse que gosta especialmente das atividades de memória e dos momentos de conversa, pois sente que aprende coisas novas e pode trocar experiências com outras pessoas da mesma faixa etária;
- **Idosa D:** compartilhou que as atividades de pintura e artesanato a ajudam a relaxar e a lidar melhor com a ansiedade. Ressaltou a importância de estar em grupo e “não se sentir esquecida pela sociedade” ;
- **Idosa E:** falou sobre o prazer em participar das atividades físicas e dos encontros com os colegas. Mencionou que o grupo se tornou parte essencial da sua rotina, proporcionando companhia e novas amizades.

De maneira geral, os relatos revelaram que o convívio social, as atividades de memória e as oficinas manuais são percebidas como fundamentais para o bem-estar físico e emocional. Quatro dos cinco participantes afirmaram não ter sugestões de mudança nas atividades, destacando satisfação com a rotina do serviço. Apenas uma participante sugeriu o aumento das práticas voltadas à estimulação cognitiva, como jogos e exercícios de memória.

3.3.2 Participantes – profissionais

No município de Cajobi-SP, foram aplicados questionários a cinco profissionais que atuam diretamente com a população idosa em diferentes equipamentos das áreas da assistência social e da saúde. O objetivo dessa etapa foi compreender, a partir das experiências concretas desses trabalhadores, as percepções e concepções acerca do envelhecimento ativo, bem como identificar os principais desafios e estratégias adotadas no contexto local para a promoção do bem-estar e da autonomia das pessoas idosas.

Os participantes apresentam formações e trajetórias profissionais diversas, incluindo duas orientadoras sociais, uma assistente social, uma coordenadora de oficinas socioeducativas e uma diretora de atividades do serviço. Essa pluralidade de perfis e experiências amplia a compreensão do fenômeno estudado, uma vez que possibilita observar como diferentes campos de atuação – técnico, educativo e de gestão – se articulam na construção de práticas interdisciplinares voltadas ao cuidado, à convivência e à valorização da pessoa idosa. Responderam ao questionário cinco profissionais.

Tabela 23 – Transcrição das respostas dos profissionais de Cajobi-SP – Profissional A

Pergunta	Resposta Transcrita
1. Atuação no trabalho com idosos	Responsável pelo bem-estar e lazer dos idosos, estimulando o cognitivo com jogos e atividades de lazer, incluindo passeios
2. Entendimento sobre envelhecimento ativo	É uma promoção de um melhor cuidado de vida ao longo do envelhecimento
3. Maiores obstáculos para o idoso vivenciar práticas de envelhecimento ativo	As maiores dificuldades são a aceitação e a saúde, que nunca está bem
4. Obstáculos no serviço para promover práticas de envelhecimento ativo	Não possui nenhum obstáculo
5. Importância social do idoso	Sim, mas muitos idosos não são respeitados
6. Serviços ofertados cobrem o público demandante	Sim.
7. População idosa em vulnerabilidade é mais prejudicada no envelhecimento ativo	Sim, porque não tem o apoio necessário
8. Contato da população idosa com informações sobre envelhecimento ativo	É preciso ter mais manifestações sobre esse assunto, através de campanhas, amizades etc
9. Idosos deixam de frequentar o serviço por desinformação	Não
10 Estratégias utilizadas para promover o envelhecimento ativo	Oferecendo uma qualidade de vida melhor

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 24 – Transcrição das respostas dos profissionais de Cajobi-SP – Profissional B

Pergunta	Resposta Transcrita
----------	---------------------

1. Atuação no trabalho com idosos	Atua na Proteção Social Básica, realiza entrevistas do Cadastro Único (coordenação), emissão da carteirinha do idoso e orientação para o BPC Idoso
2. Entendimento sobre envelhecimento ativo	Envelhecimento com qualidade de vida, autonomia e independência, bem-estar físico, mental e social
3. Maiores obstáculos para práticas de envelhecimento ativo	Dificuldades diárias de locomoção para muitos idosos, em virtude da idade e enfermidades
4. Obstáculos no serviço para promover o envelhecimento ativo	Existência de próprios idosos e a falta de apoio da rede familiar e social, somada às limitações físicas e cognitivas
5. Importância social do idoso	Sim. Mesmo não produzindo bens e serviços, o idoso tem grande importância como transmissor de saberes, valores e exemplo de resiliência
6. Serviços ofertados cobrem o público demandante	Sim. Todos os idosos que procuram o serviço são encaminhados e atendidos; o Centro de Convivência possui equipe capacitada e espaço adequado para acolhimento
7. População idosa em vulnerabilidade é mais prejudicada no envelhecimento ativo	Sim. Idosos em vulnerabilidade enfrentam maiores barreiras por falta de apoio familiar e comunitário, o que aumenta o risco de exclusão
8. Contato da população idosa com informações sobre envelhecimento ativo	Através de campanhas educativas, ações na rede social e comunitária, linguagem simples e inclusiva, rodas de conversa, feiras de saúde e atividades culturais
9. Idosos deixam de frequentar o serviço por desinformação	Acredita que não, pois o serviço é bem divulgado nas redes sociais, no CRAS e em ações itinerantes
10. Estratégias utilizadas para promover o envelhecimento ativo	Orientação socioassistencial; atendimento individualizado e familiar; parcerias intersetoriais; ações intergeracionais; educação para o envelhecimento saudável

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 25 – Transcrição das respostas dos profissionais de Cajobi-SP – Profissional C

Pergunta	Resposta Transcrita
1. Atuação no trabalho com idosos	Coordena as oficinas e todo o trabalho desenvolvido com o grupo de idosos
2. Entendimento sobre envelhecimento ativo	Criação de oportunidades de saúde, lazer e segurança para as pessoas idosas
3. Maiores obstáculos para práticas de envelhecimento ativo	Falta de atividades sociais e culturais nos municípios para as pessoas idosas
4. Obstáculos no serviço para promover o envelhecimento ativo	A mobilidade
5. Importância social do idoso	Não. Muitos são abandonados pela própria família
6. Serviços ofertados cobrem o público demandante	Sim. No município existe um trabalho ativo no Centro de Convivência do Idoso, com realização de muitas atividades e ações diárias
7. População idosa em vulnerabilidade é mais prejudicada no envelhecimento ativo	Sim
8. Contato da população idosa com informações sobre envelhecimento ativo	Acredita que não. É necessário maior divulgação e campanhas para que a informação chegue até eles
9. Idosos deixam de frequentar o serviço por desinformação	Não acredita, pois no município os idosos são bem assistidos
10. Estratégias utilizadas para promover o envelhecimento ativo	Com as estratégias desenvolvidas no Centro de Convivência do Idoso, são realizados encontros semanais e passeios

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 26 – Transcrição das respostas dos profissionais de Cajobi-SP – Profissional D

Pergunta	Resposta Transcrita
1. Atuação no trabalho com idosos	Atua como orientadora
2. Entendimento sobre envelhecimento ativo	Envelhecer é uma oportunidade de ter uma vida saudável e com segurança, na medida das possibilidades de cada pessoa
3. Maiores obstáculos para práticas de envelhecimento ativo	Questões de mobilidade e acesso são o maior obstáculo
4. Obstáculos no serviço para promover o envelhecimento ativo	Mostrar aos idosos a importância de trabalhar com a mente e a memória, explicando que isso ajuda no desenvolvimento intelectual, o que muitos ainda não percebem como importante
5. Importância social do idoso	Acredita que deveriam ter a mesma importância social, mas percebe que a sociedade em geral considera que, por não produzirem mais, os idosos têm menor relevância. Esquece-se, contudo, que eles possuem muito conhecimento e sabedoria
6. Serviços ofertados cobrem o público demandante	Sim, acredita que alcançam boa parte dos idosos, embora muitos não tenham interesse. Reconhece, porém, que o espaço físico está ficando pequeno para acolher todos
7. População idosa em vulnerabilidade é mais prejudicada no envelhecimento ativo	Sim, acredita que é a mais prejudicada, pois não alcança as informações necessárias
8. Contato da população idosa com informações sobre envelhecimento ativo	Não têm contato com as informações; seria interessante realizar um trabalho porta a porta
9. Idosos deixam de frequentar o serviço por desinformação	Sim, o idoso que não frequenta pode estar desinformado, mas também há casos de falta de interesse
10. Estratégias utilizadas para promover o envelhecimento ativo	Criação de possibilidades de apresentação e esporte; campanhas para promover informação; criação de estratégias de inclusão, lazer e cultura

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Tabela 27 – Transcrição das respostas dos profissionais de Cajobi-SP – Profissional E

Pergunta	Resposta Transcrita
1. Atuação no trabalho com idosos	Direção de todo o trabalho realizado no Centro de Convivência do Idoso
2. Entendimento sobre envelhecimento ativo	Envelhecer é uma oportunidade de ter uma vida saudável e com segurança, dentro das possibilidades individuais
3. Maiores obstáculos para práticas de envelhecimento ativo	Falta de atividades sociais e culturais no município voltadas às pessoas idosas
4. Obstáculos no serviço para promover o envelhecimento ativo	A mobilidade
5. Importância social do idoso	Acredita que não possuem a mesma importância social, pois muitos são deixados de lado e sem apoio, até mesmo familiar
6. Serviços ofertados cobrem o público demandante	Sim, no município há um trabalho ativo no Centro de Convivência da Terceira Idade que atende aproximadamente 170 idosos, com atividades constantes e semanais
7. População idosa em vulnerabilidade é mais prejudicada no envelhecimento ativo	Sim
8. Contato da população idosa com informações sobre envelhecimento ativo	Acredita que por meio da união de todos os setores e ações do município – incluindo campanhas e palestras – seria possível ampliar o alcance das informações
9. Idosos deixam de frequentar o serviço por desinformação	Não, pois o município tem boa divulgação e acompanhamento das atividades
10. Estratégias utilizadas para promover o envelhecimento ativo	O Centro de Convivência promove atividades físicas, culturais e terapêuticas (como pintura, decupagem, academia, musicoterapia, manicure), além de ações de acolhimento e socialização

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

A elaboração da tabela comparativa referente ao município de Cajobi visa reunir, em um único quadro, os principais elementos extraídos das entrevistas com as cinco profissionais que atuam diretamente com o público idoso. Essa síntese permite identificar convergências e divergências nas percepções sobre o envelhecimento ativo, bem como compreender de forma ampliada como os diferentes serviços e funções se articulam em torno dessa temática no contexto local.

Tabela 28 – Comparação das respostas dos profissionais

Eixo de Análise	Profissional A	Profissional B	Profissional C	Profissional D	Profissional E
Idade / Tempo de serviço	44 anos / 7 anos	43 anos / 6 meses	41 anos / 9 meses	45 anos / 2 meses	27 anos / 8 meses
Atuação	CRAS e coordenação do Cadastro Único, atendimentos socioassistenciais e orientação para BPC Idoso	Coordenação das oficinas e atividades do Centro de Convivência do Idoso	Direção geral do Centro de Convivência do Idoso	Orientadora da Terceira Idade, atua em atividades de grupo e convivência	Responsável pelo bem-estar e lazer dos idosos, com jogos e passeios
Envelhecimento ativo	Qualidade de vida, autonomia e bem-estar físico, mental e social	Criação de oportunidades de saúde, lazer e segurança	Vida saudável e segura, dentro das possibilidades individuais	Vida saudável e com segurança, de acordo com a realidade de cada idoso	Promoção de um melhor cuidado de vida ao longo do envelhecimento
Obstáculos principais	Dificuldades de locomoção e enfermidades	Falta de atividades sociais e culturais no município	Falta de atividades e limitações de mobilidade	Questões de mobilidade e acesso	Aceitação e saúde fragilizada
Obstáculos nos serviços	Falta de apoio familiar e social, limitações físicas e cognitivas	Mobilidade	Mobilidade	Falta de conscientização sobre o valor das atividades cognitivas	Nenhum obstáculo identificado
Importância social do idoso	Relevância como transmissores de saberes e valores	Muitos são abandonados pela própria família	Muitos são deixados de lado, sem apoio familiar	Têm importância, mas a sociedade não reconhece	São respeitados, mas nem sempre valorizados
Cobertura dos serviços	Atende bem, equipe capacitada e espaço adequado	Amplo atendimento com ações diárias	Sim, atende cerca de 170 idosos com atividades semanais	Sim, embora o espaço esteja ficando pequeno	Sim, serviços bem organizados
Vulnerabilidade social	Idosos vulneráveis enfrentam barreiras por falta de apoio comunitário	Idosos vulneráveis são os mais prejudicados	Idosos vulneráveis são mais prejudicados	Idosos vulneráveis não alcançam informação	São mais prejudicados por falta de apoio
Acesso à informação	Ações educativas, campanhas e rodas de conversa	Falta divulgação e campanhas mais amplas	União de ações e setores do município	Idosos têm pouco acesso às informações	Precisa de mais campanhas e mobilização
Desinformação como barreira	Não ocorre, pois há boa divulgação e rede articulada	Não acredita, idosos são bem assistidos	Não ocorre, serviços amplamente divulgados	Sim, alguns não frequentam por desinformação	Não ocorre, serviços bem conhecidos

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Análise reflexiva

A análise das respostas das profissionais entrevistadas em Cajobi revela uma compreensão ampla e sensível do envelhecimento ativo, articulando dimensões físicas, sociais e subjetivas que refletem o cotidiano das políticas públicas à pessoa idosa em municípios de pequeno porte. Apesar das diferenças de formação e tempo de atuação, há consenso quanto à importância da qualidade de vida, da autonomia e da convivência social como elementos centrais do envelhecer com dignidade. Essa concepção está em consonância com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), segundo a qual o envelhecimento ativo consiste em otimizar oportunidades de saúde, participação e segurança ao longo do curso da vida.

O eixo “obstáculos principais” evidencia a percepção de que os maiores entraves ao envelhecimento ativo em Cajobi estão associados à mobilidade reduzida, às limitações físicas decorrentes de enfermidades e à escassez de atividades sociais e culturais no município. Esses aspectos reafirmam o caráter estrutural das desigualdades que afetam o processo de envelhecer no Brasil, como apontam Camarano (2018) e Debert (2012), ao indicarem que o envelhecimento ocorre de maneira heterogênea, condicionada pelas oportunidades de acesso a bens, serviços e políticas públicas. A mobilidade restrita, citada de forma recorrente, também revela a necessidade de políticas locais de acessibilidade e transporte adaptado, fundamentais para garantir a participação ativa dos idosos na vida comunitária.

Quanto aos “obstáculos nos serviços”, as profissionais destacam as dificuldades de adesão e de compreensão, por parte dos idosos, quanto à importância das atividades cognitivas e de fortalecimento da memória. Esse ponto remete ao desafio pedagógico do trabalho social com idosos, que demanda estratégias contínuas de sensibilização, escuta e construção de vínculos. Também se observa a ausência de barreiras institucionais mais severas, indicando que os serviços de Cajobi dispõem de uma estrutura relativamente consolidada, embora careçam de maior articulação com outros setores para ampliar o alcance das ações.

No eixo “importância social do idoso”, predomina a visão crítica de que, embora o idoso possua papel relevante na transmissão de saberes e valores, ele ainda não é plenamente reconhecido pela sociedade. As referências a abandono e falta de apoio familiar traduzem uma realidade de desvalorização simbólica e afetiva, que reforça o estigma da velhice como fase improdutiva, conforme discute Beauvoir (1990). Ao mesmo tempo, o reconhecimento do valor da experiência e da sabedoria acumulada aponta para uma ressignificação em curso, sustentada por práticas que buscam reinserir o idoso no espaço público e comunitário.

A vulnerabilidade social é identificada como um fator determinante na limitação do envelhecimento ativo. As profissionais associam a vulnerabilidade à ausência de apoio familiar,

à precariedade econômica e à carência de informação, reforçando o que Neri (2019) descreve como os principais vetores da exclusão na velhice: pobreza, isolamento e desconhecimento dos próprios direitos. Nesse sentido, o trabalho da rede socioassistencial de Cajobi emerge como espaço fundamental para o enfrentamento dessas fragilidades, oferecendo não apenas atendimento técnico, mas também acolhimento e fortalecimento de vínculos.

As falas das profissionais evidenciam que, em Cajobi, o acesso à informação sobre envelhecimento ativo tem se ampliado por meio de campanhas, rodas de conversa e atividades no Centro de Convivência do Idoso. Entretanto, persiste a necessidade de maior articulação intersetorial – entre assistência social, saúde e cultura – para que a informação se transforme efetivamente em participação e empoderamento. Essa perspectiva se aproxima do que defendem Costa e Pinto (2021), ao afirmarem que a integração das políticas públicas é condição indispensável para a efetivação dos direitos da pessoa idosa.

Por fim, as estratégias mencionadas pelas profissionais reforçam o caráter propositivo e comprometido da equipe local. As ações desenvolvidas, como oficinas temáticas, atividades culturais, esportivas e campanhas educativas expressam esforço coletivo de promoção do envelhecimento ativo, em que o papel das trabalhadoras sociais, coordenadoras e orientadoras é de mediação, estímulo e acompanhamento contínuo.

Assim, a leitura integrada das respostas em Cajobi permite concluir que, embora o município ainda enfrente desafios estruturais – especialmente ligados à mobilidade e à ampliação de atividades culturais –, há avanços significativos na consolidação de uma rede de cuidado humanizada e participativa. O comprometimento das profissionais, aliado à atuação do Centro de Convivência do Idoso, demonstra que o envelhecimento ativo, mais do que uma diretriz normativa, vem se materializando no território por meio de práticas cotidianas de inclusão, respeito e promoção da vida.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

A construção das tabelas individuais e da tabela comparativa, que sintetiza as respostas dos profissionais entrevistados nos municípios foi guiada por uma abordagem qualitativa, fundamentada na análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), na perspectiva de triangulação metodológica apresentada por Minayo (2012a) e nas contribuições de Miles e Huberman (1994) para a sistematização comparativa de dados qualitativos. Além disso, buscou-se articular tais referenciais ao campo do Serviço Social, especialmente no que tange à escuta qualificada e à interpretação crítica das falas de sujeitos sociais, conforme discutem Iamamoto (2008) e Martinelli (1999).

Em um primeiro momento, os questionários foram transcritos em tabelas individuais, mantendo a estrutura de pergunta → resposta, de modo a preservar a literalidade das falas e garantir a fidedignidade do material empírico. Essa etapa corresponde ao que Bardin (2011) denomina de pré-análise, momento de organização e sistematização inicial dos dados, que permite uma “leitura flutuante” e uma aproximação do corpus.

A etapa seguinte consistiu na elaboração de uma tabela comparativa. Para tanto, aplicou-se a técnica de categorização temática de Bardin (2011), na qual trechos de respostas foram agrupados segundo unidades de sentido semelhantes. Os eixos de análise – tais como atuação profissional, conceito de envelhecimento ativo, obstáculos enfrentados pelo idoso, obstáculos no serviço, importância social do idoso, cobertura da demanda, vulnerabilidade social, acesso à informação, desinformação e estratégias utilizadas – foram definidos a partir de dois critérios: (i) recorrência de temas nas respostas dos profissionais, e (ii) pertinência em relação ao objetivo central da pesquisa, que é compreender as práticas e percepções sobre o envelhecimento ativo.

A escolha por organizar os dados em categorias comparativas encontra respaldo em Miles e Huberman (1994), que destacam a importância da construção de matrizes de dados para identificar padrões, convergências e divergências entre diferentes sujeitos ou grupos. Essa técnica permite não apenas a descrição, mas também a análise relacional dos dados. A análise foi conduzida em três movimentos, em diálogo com Minayo (2012a):

- descrição: registro fiel das respostas em tabelas individuais, valorizando o conteúdo exposto;
- interpretação: identificação de temas centrais e elaboração de categorias analíticas, de acordo com as unidades de sentido;
- comparação: construção de uma matriz comparativa, onde as falas foram organizadas em eixos, permitindo observar tanto elementos comuns quanto especificidades entre os profissionais.

Esse processo de triangulação metodológica – que considera a fala dos profissionais, os diários de campo e os questionários dos idosos – fortalece a validade da pesquisa, pois articula diferentes fontes e olhares sobre o fenômeno estudado.

Alguns critérios foram fundamentais para guiar a análise:

- exaustividade: todas as respostas foram consideradas, ainda que apresentassem sobreposição de conteúdo;
- Representatividade: cada eixo reúne falas significativas que expressam o posicionamento dos profissionais;
- homogeneidade: as categorias foram construídas de modo a manter coesão interna;
- pertinência: as categorias foram definidas em consonância com os objetivos da pesquisa, garantindo alinhamento temático.

A elaboração das tabelas comparativas não se restringe a técnica de sistematização. Trata-se de procedimento metodológico que favorece a interpretação crítica dos dados. Ao organizar as falas dos profissionais por eixos, tornou-se possível observar padrões coletivos, contradições, lacunas e complementaridades. Essa visão relacional é essencial para compreender como o envelhecimento ativo é concebido e operacionalizado no âmbito dos serviços de convivência, e qual o papel desempenhado pelos diferentes profissionais no processo.

4.1 ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS COLETADOS

A construção da tabela comparativa referente aos municípios de Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi teve como propósito reunir, em um único quadro analítico, os principais elementos identificados nas falas dos profissionais que atuam junto à população idosa. Esse instrumento permitiu visualizar as convergências e especificidades entre os territórios, destacando aspectos estruturais, conceituais e operacionais que permeiam a promoção do envelhecimento ativo. Ao articular as dimensões observadas, a tabela evidencia não apenas os desafios compartilhados entre os municípios – como a limitação de recursos, a vulnerabilidade social e a necessidade de ampliação das políticas públicas –, mas também as boas práticas locais que têm contribuído para fortalecer o protagonismo e a autonomia da pessoa idosa nos espaços de convivência e de cuidado.

Tabela 29 – Comparação das respostas dos profissionais de todos os municípios

Eixo	Bebedouro (5 profissionais)	Monte Azul Paulista (4 profissionais)	Cajobi (5 profissionais)
Perfil dos profissionais	Atuam em serviços como Centro Dia e CRAS; experiência variada (de meses a mais de 10 anos)	Atuam em CRAS, SCFV e serviços de saúde; experiência de 11 meses a 10 anos	Atuam em CRAS e Centro de Convivência do Idoso; tempo de atuação entre 2 meses e 7 anos; compõem equipe multiprofissional com assistente social, coordenadora, orientadoras e diretora
Concepção de envelhecimento ativo	Ênfase em qualidade de vida, autonomia e participação social	Ênfase em autonomia, saúde, vínculos sociais e bem-estar	Ênfase em qualidade de vida, segurança, convivência, autonomia e bem-estar físico e mental
Obstáculos principais para os idosos	Preconceito social, doenças crônicas, isolamento e falta de políticas públicas	Questão social, doenças, solidão, limitações físicas e falta de informação	Mobilidade reduzida, falta de apoio familiar e escassez de atividades sociais e culturais
Obstáculos no serviço	Estrutura limitada, falta de recursos e pessoal	Falta de verba, apoio institucional e continuidade de atividades	Dificuldade de adesão dos idosos às atividades cognitivas e necessidade de ampliar parcerias e campanhas educativas
Importância social do idoso	Reconhecida, mas ainda marcada por estigma social e preconceito etário	Reconhecida, porém com críticas à visão de que idosos “não contribuem mais”	Reconhecida, mas associada à persistência de abandono familiar e desvalorização social
Cobertura dos serviços	Percebida como insuficiente; não atende toda a demanda	Também insuficiente; falta de investimentos e amplitude	Considerada satisfatória, com serviços ativos e equipe comprometida, mas ainda limitada pelo espaço físico e pela mobilidade dos usuários
Vulnerabilidade social	Idosos em vulnerabilidade sofrem maior exclusão e dificuldade de acesso a direitos	Vulnerabilidade social identificada como principal fator que limita o envelhecimento ativo	Idosos vulneráveis enfrentam barreiras adicionais ligadas à falta de apoio familiar, à pobreza e à desinformação
Acesso à informação	Considerado parcial; há necessidade de mais palestras e campanhas educativas	Considerado restrito; ausência de políticas públicas efetivas e falta de articulação entre serviços	Em expansão, com campanhas e rodas de conversa, mas ainda carece de maior integração entre setores e ações intersetoriais
Desinformação como barreira	Sim, considerada relevante, ligada à falta de divulgação e ao perfil cultural da geração	Sim, afeta fortemente a adesão e participação dos idosos	Sim, principalmente entre os idosos em vulnerabilidade e com baixo acesso à informação
Estratégias utilizadas	Palestras, oficinas, atividades físicas, apoio psicossocial e escuta ativa	Atividades físicas, grupos temáticos (Vivacidade 60+), articulação SUAS/SUS e encontros temáticos	Oficinas, atividades culturais e terapêuticas, campanhas educativas, ações intergeracionais e fortalecimento do Centro de Convivência do Idoso

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Percebe-se que, embora cada território apresente particularidades em sua organização dos serviços e estratégias de atuação, todos enfrentam desafios estruturais semelhantes na efetivação das políticas voltadas à pessoa idosa. As limitações orçamentárias, a carência de recursos humanos e a persistência da vulnerabilidade social se configuram como entraves centrais para a consolidação do envelhecimento ativo de forma plena. Contudo, também se identificam avanços significativos, como a ampliação de espaços de convivência, o fortalecimento do trabalho intersetorial e o compromisso ético das equipes técnicas com a promoção da dignidade e da autonomia dos idosos.

Dessa forma, a leitura integrada das experiências de Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi reforça que o envelhecimento ativo não depende apenas da estrutura dos serviços, mas, sobretudo, de práticas cotidianas de cuidado, acolhimento e valorização da pessoa idosa, construídas coletivamente nos territórios.

A análise comparativa dos três municípios permite compreender como diferentes contextos territoriais e institucionais influenciam a forma como o envelhecimento ativo é percebido, promovido e operacionalizado pelas equipes que atuam diretamente com a população idosa. Ainda que as realidades apresentem particularidades, observa-se um núcleo comum de significados que associa o envelhecimento ativo à busca por qualidade de vida, autonomia, saúde e participação social, dimensões centrais apontadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005).

De modo geral, as profissionais dos três municípios evidenciam uma compreensão ampla do envelhecimento ativo, articulando-o a fatores físicos, emocionais e sociais. Há consenso de que o envelhecimento não se reduz a uma dimensão biológica, mas é atravessado por condições socioeconômicas, vínculos familiares e oportunidades de acesso a políticas públicas. Essa leitura se aproxima do que defendem Debert (2012) e Neri (2019), ao afirmarem que o envelhecer é um processo socialmente construído, profundamente desigual e influenciado por trajetórias de vida marcadas por exclusões históricas.

Em relação à cobertura e efetividade dos serviços, a insuficiência é um ponto comum entre os três municípios. Em Bebedouro, Monte Azul e Cajobi, as profissionais destacam que os equipamentos socioassistenciais e de saúde não conseguem atender integralmente à demanda de idosos, seja pela limitação de recursos financeiros e humanos, seja pela ausência de políticas públicas contínuas e de longo alcance. Essa constatação evidencia o que Silva (2014) denominam como fragilidade estrutural dos serviços locais, característica recorrente em cidades de médio e pequeno porte, onde a execução das políticas depende fortemente da articulação intersetorial e da continuidade dos repasses governamentais.

O eixo da vulnerabilidade social aparece com forte convergência nos três contextos, sendo compreendido como um fator determinante que limita as condições de envelhecer com dignidade. Em todos os municípios, as profissionais reconhecem que os idosos com menor renda, laços familiares fragilizados e baixo acesso à informação são os mais prejudicados na construção de um envelhecimento ativo. Essa percepção dialoga com Camarano (2018), ao apontar que o processo de envelhecimento no Brasil é fortemente condicionado pelas desigualdades sociais acumuladas ao longo da vida. Em Cajobi, esse aspecto foi enfatizado de forma particular, com destaque para a falta de apoio familiar e comunitário e para as dificuldades de locomoção, que dificultam a presença constante dos idosos nas atividades de convivência.

As dificuldades estruturais também se repetem nas três localidades, embora com nuances específicas. Em Bebedouro, prevalece a crítica à falta de recursos materiais e humanos, bem como à sobrecarga dos serviços diante da alta demanda. Em Monte Azul, o foco das falas recai sobre a ausência de políticas públicas integradas e o baixo investimento nas ações do SUAS e do SUS, o que compromete a continuidade e o impacto das iniciativas. Já em Cajobi, embora o serviço local seja descrito como atuante e bem estruturado, persistem limitações relacionadas à mobilidade e à necessidade de ampliar o acesso a atividades culturais e de lazer, demonstrando que o desafio, mais do que estrutural, é de capilaridade e expansão das práticas existentes.

No tocante à importância social do idoso, há um padrão crítico recorrente. Em todos os municípios, as profissionais reconhecem o papel simbólico e afetivo dos idosos na comunidade, mas apontam que o reconhecimento social e político ainda é insuficiente. Em Bebedouro e Monte Azul, destaca-se o preconceito etário e o estigma da improdutividade, conforme problematizado por Beauvoir (1990), que vê na sociedade moderna a tendência de marginalizar o idoso por sua suposta perda de utilidade econômica. Em Cajobi, as falas revelam a persistência desse olhar social, mas também apontam experiências positivas de valorização da pessoa idosa por meio das atividades de convivência, o que indica a construção de novos espaços de pertencimento e reconhecimento simbólico.

Em relação ao acesso à informação, os três municípios convergem na avaliação de que ainda há carência de campanhas educativas e de divulgação ampla sobre direitos e envelhecimento ativo. Contudo, há diferenças de ênfase: em Bebedouro, as profissionais destacam a necessidade de ações educativas contínuas; em Monte Azul, a preocupação recai sobre a falta de articulação entre SUAS e SUS, que impede a integração das informações; e em Cajobi, observa-se maior esforço na comunicação, com iniciativas de campanhas e rodas de

conversa, embora as profissionais reconheçam que a ampliação da divulgação ainda é um desafio constante. Esse ponto remete ao argumento de Costa e Pinto (2021), que enfatizam a articulação intersetorial como condição essencial para transformar informação em participação efetiva.

Quanto às estratégias de enfrentamento, há distinções importantes entre os municípios. Em Bebedouro, prevalecem práticas voltadas à dimensão educativa e preventiva, como palestras, oficinas, atividades físicas e acompanhamento psicossocial. Em Monte Azul, o foco recai sobre a promoção de vínculos sociais e a integração em rede, com destaque para o grupo Vivacidade 60+ e as parcerias entre assistência social e saúde. Em Cajobi, observa-se um modelo mais consolidado de atuação comunitária, centrado em oficinas, atividades culturais e de lazer, integrando dimensões terapêuticas e convivenciais. Essa diferença demonstra graus distintos de institucionalização das ações, mas revela também que, nos três territórios, as estratégias são resultado de esforços locais e da criatividade das equipes, mais do que de políticas estruturadas e permanentes.

Em termos de abordagem profissional, é possível notar que em todos os municípios prevalece um olhar humanizado, ético e relacional sobre o envelhecimento.

As profissionais demonstram compromisso com o acolhimento, a escuta qualificada e a construção de vínculos, o que reflete a dimensão pedagógica e política do Serviço Social. Conforme destaca Iamamoto (2014), o trabalho do assistente social não se restringe à execução de políticas, mas envolve o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e a mediação crítica das contradições sociais presentes no território.

A leitura comparativa, portanto, evidencia que Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi compartilham um mesmo conjunto de desafios estruturais – como a insuficiência de recursos, o preconceito social e a vulnerabilidade –, mas se diferenciam nas estratégias de enfrentamento e no grau de articulação intersetorial alcançado. Cajobi, em especial, desponta como um município que tem avançado na consolidação de espaços de convivência e na integração entre serviços, o que o posiciona como um exemplo de boas práticas locais na promoção do envelhecimento ativo.

Assim, a análise permite afirmar que, apesar das diferenças contextuais, os três municípios expressam a complexidade do envelhecimento no interior paulista: um processo permeado por conquistas institucionais, mas ainda limitado por desigualdades estruturais e por um imaginário social que insiste em associar a velhice à perda de valor.

Nesse cenário, o papel das equipes multiprofissionais, e em especial do assistente social, torna-se decisivo para mediar direitos, promover a autonomia e construir coletivamente

um envelhecimento ativo, participativo e socialmente reconhecido. A atuação integrada dessas equipes possibilita uma leitura ampliada das necessidades dos idosos, articulando dimensões subjetivas, sociais e institucionais que atravessam o processo de envelhecimento. No âmbito dos serviços de convivência, essa atuação não se resume ao planejamento de atividades, mas envolve a construção cotidiana de vínculos, a identificação de situações de risco, o encaminhamento para a rede de proteção e o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas.

O assistente social, especificamente, exerce uma mediação estratégica entre os sujeitos e as políticas públicas, contribuindo para que os direitos legalmente instituídos se concretizem no território. Conforme argumenta Iamamoto (2009, 2014), essa mediação não é neutra nem meramente técnica: ela exige leitura crítica da realidade, posicionamento ético-político e compromisso com a transformação social. Nos municípios estudados, essa perspectiva se manifesta no esforço das profissionais em romper estigmas associados à velhice, estimular a participação social dos idosos, promover o acesso a serviços e garantir que cada sujeito seja reconhecido em sua singularidade.

Além disso, o trabalho multiprofissional amplia as possibilidades de intervenção, ao integrar diferentes saberes – psicológicos, pedagógicos, educativos, físicos e sociais – que enriquecem as práticas de convivência e fortalecem a promoção da autonomia. Essa abordagem intersetorial permite que os serviços de convivência atuem não apenas como espaços recreativos, mas como territórios de cidadania, onde os idosos vivenciam relações de pertencimento, desenvolvem novas habilidades, fortalecem vínculos e ressignificam suas trajetórias.

Assim, as equipes, com destaque para o Serviço Social, constituem-se como agentes fundamentais na construção de ambientes que favorecem o envelhecimento digno, combatendo preconceitos, enfrentando vulnerabilidades e promovendo ações que ampliam a capacidade de participação e protagonismo dos idosos nos três municípios analisados.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A presente pesquisa buscou compreender, a partir da análise das percepções e experiências de profissionais que atuam diretamente com a população idosa nos municípios de Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi, como o conceito de envelhecimento ativo tem sido incorporado, traduzido e operacionalizado nas práticas cotidianas das políticas públicas de assistência social. A partir da aplicação de questionários, sistematização de dados e análise comparativa, foi possível construir um panorama abrangente das potencialidades e dos desafios que atravessam o envelhecer no contexto do interior paulista, revelando aspectos estruturais, simbólicos e institucionais que influenciam a efetivação dos direitos da pessoa idosa.

De maneira geral, os resultados demonstram que o envelhecimento ativo é compreendido pelas profissionais entrevistadas como um processo que articula qualidade de vida, autonomia, participação social e bem-estar físico e emocional, o que demonstra um alinhamento com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005). No entanto, também ficou evidente que, embora o conceito esteja presente no discurso técnico, sua implementação prática ainda enfrenta obstáculos significativos, relacionados tanto às condições estruturais dos municípios quanto às desigualdades socioeconômicas que marcam a velhice no Brasil.

Nos três municípios pesquisados, verificou-se que as limitações de recursos financeiros e humanos comprometem a continuidade e a abrangência das ações voltadas à pessoa idosa. Os serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, assim como os equipamentos do SUAS e do SUS, operam com equipes reduzidas e orçamentos restritos, o que repercute na dificuldade de manter atividades diversificadas e constantes. Essa constatação reforça a análise de Silva (2014), segundo a qual as políticas públicas voltadas ao envelhecimento no Brasil sofrem com a descontinuidade administrativa e com a falta de financiamento estável.

Outro ponto de convergência entre os municípios diz respeito à vulnerabilidade social como elemento estruturante do envelhecimento, que se manifesta na pobreza, na ausência de vínculos familiares, na desinformação e no isolamento. Conforme ressaltam Camarano (2018) e Neri (2019), as condições materiais e afetivas acumuladas ao longo da vida definem, em grande medida, a forma como se envelhece. Nesse sentido, a pesquisa identificou que os idosos com baixa renda e pouco acesso à informação são os mais prejudicados, tanto em termos de participação social quanto de acesso aos serviços e benefícios socioassistenciais.

Também se observou que, embora exista uma rede de serviços consolidada nos três municípios, a cobertura das ações ainda é parcial. Em Bebedouro e Monte Azul Paulista, há queixas sobre a insuficiência dos equipamentos e sobre a fragmentação das políticas. Já em Cajobi, apesar de um trabalho reconhecido pela equipe e pelos usuários, a dificuldade de locomoção e a escassez de atividades culturais e educativas continuam a limitar o alcance das práticas. Assim, a pesquisa evidencia a urgência de fortalecer o trabalho intersetorial entre assistência social, saúde, educação e cultura, de modo a construir respostas integradas e sustentáveis às demandas da pessoa idosa.

Um aspecto que se destaca na pesquisa é a importância atribuída ao papel simbólico e social do idoso, reconhecido como portador de saberes, experiências e valores que enriquecem o tecido comunitário. Entretanto, esse reconhecimento ainda não se traduz plenamente em valorização social. Em todos os municípios, as profissionais mencionam a persistência do preconceito etário e da desvalorização da velhice – fenômeno que Beauvoir (1990) descreve como a marginalização simbólica do idoso em sociedades que associam valor à produtividade econômica. Essa constatação reforça a necessidade de ações educativas e culturais permanentes que promovam a mudança de mentalidades e o enfrentamento do etarismo, a partir da valorização da experiência e da contribuição dos idosos à sociedade.

A relevância do tema investigado nesta pesquisa encontra, no cenário contemporâneo, uma confirmação significativa: a escolha do tema da redação do ENEM de 2025 – “Perspectivas acerca do envelhecimento na sociedade brasileira”. Essa coincidência não é meramente casual, mas reflete um movimento mais amplo de reconhecimento social e institucional sobre a urgência de se discutir o envelhecimento como fenômeno coletivo e multidimensional. O fato de um exame de abrangência nacional, voltado às juventudes, trazer essa temática ao centro do debate público evidencia que o envelhecimento deixou de ser um assunto restrito às políticas setoriais e passou a integrar o campo das grandes questões sociais do país.

Ao propor essa reflexão a milhões de jovens brasileiros, o ENEM contribui para ampliar o entendimento de que o envelhecimento não se restringe à última etapa da vida, mas diz respeito a um processo contínuo, socialmente construído e que envolve toda a sociedade. Trata-se de um convite para pensar a velhice não como um “problema social”, mas como parte intrínseca da trajetória humana e, sobretudo, como expressão da cidadania e da dignidade da pessoa idosa. Essa abordagem dialoga diretamente com o eixo central desta tese, que analisa o envelhecimento ativo como construção coletiva, dependente das condições sociais,

econômicas, culturais e políticas que determinam as possibilidades de viver bem as diferentes fases da vida.

A escolha desse tema de redação no ENEM também revela o amadurecimento das discussões públicas acerca da importância das políticas intersetoriais e dos direitos da população idosa. Mostra que a pauta do envelhecimento começa a ocupar espaços de formação e reflexão crítica, alcançando não apenas profissionais e pesquisadores da área, mas também, as novas gerações que, inevitavelmente, serão os idosos de amanhã. Ao estimular a juventude a refletir sobre o tema, o exame cumpre papel pedagógico, civilizatório e político, promovendo uma consciência social que valoriza o respeito, a solidariedade intergeracional e o compromisso coletivo com o bem-estar de todos os grupos etários.

Nesse sentido, a convergência entre o objeto desta pesquisa e o tema do ENEM 2025 reafirma a pertinência do trabalho desenvolvido. Indica que a reflexão aqui proposta está em sintonia com as demandas contemporâneas da sociedade brasileira e com os desafios que se colocam à formulação de políticas públicas voltadas à promoção do envelhecimento ativo, à redução das desigualdades e à consolidação de uma cultura de cuidado e respeito à pessoa idosa. Assim, pode-se afirmar que o estudo não apenas dialoga com o presente, mas antecipa e contribui com uma agenda social que se torna, a cada dia, mais urgente e necessária.

Ademais, retomando as considerações, o acesso à informação também se revelou um ponto crítico e transversal entre os municípios. Apesar de avanços pontuais, ainda há lacunas na divulgação de políticas, serviços e direitos da pessoa idosa. Em Bebedouro, as profissionais sugerem campanhas e palestras mais frequentes; em Monte Azul Paulista, destaca-se a necessidade de integração entre os sistemas SUAS e SUS; e em Cajobi, reconhece-se o esforço de campanhas locais, mas ainda com alcance limitado. Essa constatação reforça o que Costa e Pinto (2021) definem como a importância da comunicação pública intersetorial, capaz de transformar informação em empoderamento e participação cidadã.

De forma geral, o estudo evidencia que o envelhecimento ativo é uma construção social e política que requer condições objetivas (estrutura, políticas, financiamento) e subjetivas (valorização, pertencimento, autonomia). A prática profissional observada nas três cidades revela uma postura ética e comprometida das equipes, que, mesmo diante de restrições orçamentárias e estruturais, buscam estratégias criativas e afetivas para promover a inclusão, a convivência e o cuidado. Como destaca Iamamoto (2014), o papel do assistente social é político e pedagógico, e consiste em mediar direitos, promover consciência crítica e fortalecer o protagonismo dos sujeitos em seu território – dimensões amplamente identificadas nas práticas relatadas pelas profissionais entrevistadas.

Com base nas evidências e nas falas coletadas, aponta-se algumas recomendações para o fortalecimento das políticas públicas voltadas à população idosa, assim como ações que podem ser implementadas para viabilizar tais medidas:

- 1) **Fortalecimento da articulação intersetorial** entre os sistemas SUAS e SUS, garantindo continuidade, planejamento e integração das ações voltadas ao envelhecimento ativo

Ações propostas:

- **instituição de protocolos intersetoriais formais entre CRAS, CREAS, NASF, Unidades de Saúde e hospitais, definindo fluxos de encaminhamento, responsabilidades institucionais e formas de acompanhamento compartilhado;**
- realização de reuniões periódicas de matriciamento intersetorial, possibilitando a discussão de casos, o planejamento integrado e a tomada de decisões coletivas;
- constituição de núcleos locais de cuidado à pessoa idosa, com profissionais de ambas as políticas, assegurando continuidade e integralidade no atendimento;
- implementar instrumentos de registro unificados, permitindo a circulação de informações essenciais e reduzindo fragmentações no processo de trabalho.

- 2) **Ampliação dos investimentos públicos em infraestrutura, equipe técnica e formação continuada, a fim de assegurar condições de trabalho adequadas e serviços mais abrangentes**

Ações propostas:

- elaboração de diagnósticos periódicos de capacidade instalada, identificando lacunas estruturais dos equipamentos e projetando ampliações necessárias;
- aumento do quadro de profissionais, priorizando assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais e educadores sociais, em conformidade com a NOB-RH/SUAS;
- instituição de programas permanentes de formação continuada para as equipes, com ênfase em envelhecimento, políticas públicas, direitos humanos e gestão do território;

- destinação de recursos específicos para adequação física dos serviços, garantindo ambientes acessíveis, seguros e acolhedores.

3) Criação de campanhas permanentes de conscientização e combate ao etarismo, com o objetivo de ressignificar socialmente a velhice e valorizar a contribuição dos idosos nas comunidades

Ações propostas:

- desenvolvimento de campanhas anuais de sensibilização nas escolas, rádios comunitárias, redes sociais e instituições públicas, abordando estereótipos e preconceitos associados à velhice;
- construção de oficinas educativas com famílias e cuidadores, reforçando a valorização da trajetória e da autonomia da pessoa idosa;
- proposição e concretude de parcerias com coletivos culturais, universidades e meios de comunicação, ampliando o alcance das ações;
- inserção da temática do etarismo nos planos municipais de políticas para idosos, garantindo institucionalização das campanhas.

4) Adoção de políticas de acessibilidade e mobilidade urbana, incluindo transporte adaptado e adequação dos espaços públicos, de modo a ampliar a participação social dos idosos

Ações propostas:

- realização de auditorias de acessibilidade em espaços públicos, unidades de saúde, CRAS, transportes e equipamentos culturais, gerando relatórios e planos de adequação;
- criação ou ampliação de serviços de transporte adaptado, priorizando atendimentos para atividades de saúde, convivência e participação comunitária;
- adequação de calçadas, praças e prédios municipais com rampas, sinalização adequada e pisos táteis;
- promoção de programas de mobilidade ativa para idosos, incentivando caminhadas orientadas, rotas acessíveis e atividades ao ar livre.

5) Desenvolvimento de programas culturais e educativos voltados à terceira idade, articulando arte, memória e convivência como instrumentos de inclusão e fortalecimento de vínculos

Ações propostas:

- implementação de oficinas permanentes de arte, memória, música, poesia e alfabetização digital, articuladas entre CRAS, escolas e coletivos culturais;
- criação de grupos de convivência com foco identitário e intergeracional, favorecendo trocas de saberes e a reconstrução de redes sociais;
- promoção de festivais e exposições comunitárias que valorizem a produção artística dos idosos e fortaleçam sua participação cultural;
- articulação de parcerias com instituições de ensino superior, incentivando projetos de extensão voltados à educação e cultura da pessoa idosa.

6) Incentivo à participação dos idosos na formulação das políticas públicas, por meio de conselhos municipais ativos e espaços de escuta qualificada, reafirmando o protagonismo dessa população

Ações propostas:

- fortalecimento dos Conselhos Municipais da Pessoa Idosa, garantindo formação continuada aos conselheiros, infraestrutura adequada e regularidade nas reuniões;
- criação de espaços itinerantes de escuta qualificada, como rodas de conversa nos territórios, visitas domiciliares participativas e assembleias comunitárias;
- estabelecimentos de mecanismos de consulta pública, presenciais e digitais, para levantamento de demandas e propostas oriundas da própria população idosa;
- inclusão de representantes idosos em comissões organizadoras de eventos, campanhas e projetos, reforçando sua centralidade no processo decisório.

7) Aperfeiçoamento das estratégias de comunicação e divulgação das políticas públicas, utilizando linguagem acessível e canais variados (mídias sociais, rádios comunitárias, visitas domiciliares, entre outros)

Ações propostas:

- elaboração de materiais informativos em linguagem acessível, com cartilhas, vídeos curtos e áudios direcionados à população idosa;
- criação de canais de comunicação contínua, como boletins mensais, grupos informativos em aplicativos de mensagens e rádios locais;
- realização de visitas domiciliares de comunicação ativa, voltadas a idosos que apresentam dificuldades de acesso digital ou baixa circulação no território;
- implementação de uma agenda anual de divulgação dos serviços, contemplando datas comemorativas, campanhas de direitos e eventos comunitários.

8) Promoção de capacitações interdisciplinares para as equipes que atuam com idosos, visando aprimorar a compreensão das múltiplas dimensões do envelhecimento e fortalecer o trabalho em rede

Ações propostas:

- estruturação de ciclos formativos interdisciplinares, integrando SUAS, SUS, Educação e Cultura, Conselhos de classes com foco em envelhecimento, cuidado, participação e direitos, através de educação permanente, como estudo de caso, rodas de diálogo e supervisão técnica compartilhada;
- promoção de intercâmbios entre municípios, compartilhando experiências exitosas e fortalecendo redes regionais de aprendizagem;
- oferecimento de cursos temáticos para profissionais e cuidadores, abordando violação de direitos, saúde mental, intersetorialidade e atendimento humanizado.

9) Desenvolvimento de indicadores sociais sobre o envelhecimento, como instrumento de gestão para orientar a alocação de recursos e subsidiar a formação de consórcios intermunicipais voltados ao atendimento da população idosa

Ações propostas:

- elaboração de um painel regional de indicadores do envelhecimento, reunindo dados demográficos, socioeconômicos e de acesso a políticas públicas (saúde,

assistência social, transporte, cultura e lazer), permitindo diagnóstico territorial atualizado e comparável entre municípios;

- definição de indicadores prioritários para planejamento e monitoramento, como taxa de envelhecimento, índice de dependência, cobertura de serviços socioassistenciais, acesso a atenção básica e especializada, vulnerabilidades sociais e barreiras de mobilidade, com metas e periodicidade de atualização;
- criação de um protocolo regional de coleta e padronização de dados, integrando bases oficiais (IBGE, CadÚnico, e-SUS, sistemas SUAS, conselhos e secretarias) e evitando subnotificação e inconsistências que dificultam decisões de gestão;
- uso sistemático dos indicadores como critério técnico para alocação de recursos, priorizando municípios e territórios com maior vulnerabilidade e menor cobertura de serviços, garantindo maior equidade na distribuição orçamentária e na oferta de ações;
- estruturação de consórcios intermunicipais ou pactuações regionais a partir dos diagnósticos, viabilizando soluções compartilhadas para demandas que extrapolam a capacidade de um único município (transporte para serviços e atividades, equipes especializadas, capacitações, programas de convivência e reabilitação);
- implementação de relatórios periódicos de devolutiva para gestores, conselhos e rede, ampliando transparência, controle social e capacidade de tomada de decisão baseada em evidências para a política do envelhecimento.

Essas recomendações emergem da prática concreta observada nos três territórios e dialogam diretamente com as lacunas e potencialidades identificadas ao longo da pesquisa. Mais do que apontar fragilidades, propõe-se caminhos para consolidar um modelo de atenção baseado na dignidade, na autonomia e na inclusão da pessoa idosa, considerando o contexto social e econômico do interior paulista.

Por fim, conclui-se que o envelhecimento ativo é um processo que não se realiza apenas por meio de programas ou políticas isoladas, mas pela articulação de múltiplas dimensões da vida social e de seu reconhecimento. A efetividade desse processo depende de uma rede sólida de proteção, de profissionais comprometidos e de uma sociedade que reconheça no idoso um sujeito de direitos e de saberes, e não apenas um destinatário de cuidados. Assim, o desafio que se impõe é o de transformar as boas práticas locais em políticas estruturantes e

permanentes, capazes de garantir que o envelhecer seja, de fato, uma etapa marcada pela participação, pela liberdade e pela valorização da experiência humana.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e políticas sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 10, n. 28, p. 88-108, jun. 1995.

ANTÔNIO, Manuel Carlos Silva. **Envelhecimento e políticas sociais**. Coimbra: Almedina, 2013.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ARZABE, Patrícia Massa. **Conselhos de direitos e formulação de políticas públicas**. [2004?]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/politicapublica/patriciamassa.htm>. Acesso em: 29 jan. 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Editora 34, 1992.

BELTRÃO, Kaizô Iwakami. **Projeções de impacto do envelhecimento populacional sobre a previdência e a assistência pública**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), 2012.

BOURDIEU, Pierre. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Pesquisa participante**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2001.

BRASIL. Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Rio de Janeiro, 5 jan. 1916.

BRASIL. Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **Diário Oficial da União**: seção 1, Rio de Janeiro, p. 10.859, 28 jan. 1923.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016].

BRASIL. Lei nº 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**: seção 1, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 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**: seção 1, Brasília, DF, p. 25.694, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei nº 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**: seção 1, Brasília, DF, p. 77, 5 jan. 1994.

BRASIL. Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 dez. 1999.

BRASIL. Decreto nº 4.229, de 13 de maio de 2000. Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH, instituído pelo Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 6, 14 maio 2000.

BRASIL. Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002. Cria o Conselho Nacional do Idoso (CNDI) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 5, 14 maio 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**: as cartas da promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 3 out. 2003.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. Brasília, DF: MDS, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos fundos municipais, estaduais e nacional do idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 21 jan. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Decreto nº 9.569, de 20 de novembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010, que institui o Fundo Nacional da Pessoa Idosa, e altera o Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004, que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 21 nov. 2018.

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**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 25 jul. 2022.

BRASIL. Decreto nº 11.483, de 6 de abril de 2023. Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – CNDPI. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 12, 6 abr. 2023.

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAJOBI. Prefeitura Municipal de Cajobi. **Relatório de gestão da política de assistência social**. Cajobi, 2024 (documento institucional).

CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Thereza. 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. p. 253-292.

CASTRO, Jorge Abrahão de. **Políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília, DF: IPEA, 2009.

CNN BRASIL. Envelhecer com autonomia: um desafio que o Brasil precisa enfrentar agora. **CNN Brasil**, 26 jun. 2025. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/envelhecer-com-autonomia-um-desafio-que-o-brasil-precisa-enfrentar-agora/> . Acesso em: 11 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, DF: CFESS, 1993.

COSTA, Simone Aparecida; PINTO, Ricardo Fernandes. Articulação intersetorial nas políticas públicas: desafios para o envelhecimento ativo. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 1-14, 2021.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Ed. da USP, 2012.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ERNOUT, Alfred; MEILLET, Antoine. **Dicionário etimológico da língua latina**. Paris: Klincksieck, 2001.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

FERREIRA NETO, João Luiz; KIND, Luciana; BARROS, Jairo Stacanelli; AZEVEDO, Natália Silva; ABRANTES, Tatiane Marques. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Ditos & escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, Carlos M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; MACHADO, Carlos M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 145-164.

FUNDAÇÃO AMAZÔNIA DE AMPARO A ESTUDOS E PESQUISAS (FAPESPA). **Indicadores demográficos do Brasil**. Belém: FAPESPA, 2024.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Perfil demográfico do Estado de São Paulo**. São Paulo: Fundação SEADE, 2023.

GAZETA DE BEBEDOURO. Censo de Bebedouro aponta aumento da população idosa em 12 anos. **Gazeta de Bebedouro**, Bebedouro, 1 nov. 2023. Disponível em: <https://www.gazeta.debebedouro.com.br/noticias/cidades/2023/11/19530-censo-de-bebedouro-aponta-aumento-da-populacao-idosa-em-12-anos.html> . Acesso em: 11 nov. 2025.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2019.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GREY, Mel; WEBB, Stephen A. **Social work: theories and methods**. London: Sage, 2009.

HOVEN, Henk ten. **Ethics, ageing and intergenerational solidarity**. Amsterdam: IOS Press, 2003.

HUIZINGA, Johan. **Homo ludens**. São Paulo: Perspectiva, 1980.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 25. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estudos**: Monte Azul Paulista (SP). Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/monte-azul-paulista.html>. Acesso em: 10 nov. 2025.

JORNAL DA USP. O envelhecimento não é só um desafio, é uma conquista social. **Jornal da USP**, São Paulo, 12 jul. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/o-envelhecimento-nao-e-so-um-desafio-e-uma-conquista-social/>. Acesso em: 3 ago. 2025.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1981.

LEMGRUBER, Clarissa. Norte concentra população mais jovem; Sudeste e Sul lideram em percentual de idosos, diz IBGE. **Notícias R7**, Brasília, DF, 22 ago. 2025. Disponível em: <https://noticias.r7.com/cidades/norte-concentra-populacao-mais-jovem-sudeste-e-sul-lideram-em-percentual-de-idosos-diz-ibge-22082025/>. Acesso em: 10 jan. 2026.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social**: identidade e alienação. São Paulo: Cortez, 1999.

MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, Eduardo (org.). **Municípios**: a gestão da mudança em saúde. Recife: Editora Universitária UFPE, 2004. p. 45-76.

MILES, Matthew B.; HUBERMAN, A. Michael. **Qualitative data analysis**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2012a.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-210, 2012b.

MOURO, Hélio. **Políticas públicas e envelhecimento**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2014.

NERI, Anita Liberalesso. **Velhice e desigualdade social no Brasil**. Campinas: Papirus, 2019.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 2010.

NUNES, Everardo Duarte; HOVEN, Henk ten. **Bioética e envelhecimento**. Brasília, DF: UnB, 2003.

OLIVEIRA, Francisco Arsego. **Serviços de saúde e seus usuários**: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária. 1998. 206 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas**. Washington, D.C., 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional para o envelhecimento, 2002**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003 (Série Institucional em Direitos Humanos).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração de Brasília**. Brasília, DF: ONU, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **World population ageing 2020**. New York: United Nations, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa: OMS, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF). **Primary health care**: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF). **Cuidados primários de saúde**: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília, DF: UNICEF, 1979.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 1998.

PAYNE, Malcolm. **Modern social work theory**. London: Palgrave Macmillan, 2011.

PELEGRINO, Paulo Sérgio. Panorama atual da atuação dos conselhos de direitos das pessoas idosas. **Envelhecimento & Saúde: Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 36-39, abr. 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD); INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE); INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Brasília, DF: PNUD; IBGE; IPEA, 2013.

RIBEIRINHO, Maria da Conceição. **Políticas sociais e envelhecimento**. Lisboa: ISCSP, 2005.

RODRIGUES, Nara da Costa. Política nacional do idoso: retrospectiva histórica. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 3, p. 149-158, 2001.

ROTHMAN, Jay. **The reflexive mediator**. New York: Routledge, 2014.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e; YAZBEK, Maria Carmelita. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 102-110, jan./jun. 2014.

SILVA, Maria Lúcia. **Velhice e cidadania: desafios da contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 2010.

SIMÕES, Júlio Assis. Solidariedade em xeque: as mudanças na seguridade social e o movimento de aposentados e pensionistas no Brasil. In: DEBERT, Guita Grin; GOLDSTEIN, Donna M. (org.). **Políticas do corpo e o curso da vida**. São Paulo: Editora Sumaré, 2000. p. 267-285.

SIMÕES, Júlio Assis. Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers (org.). **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. p. 25-56.

SOUZA, Gilson C. A.; COSTA, Isabela C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, jul./set. 2010.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna**. Petrópolis: Vozes, 2010.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active ageing: a policy framework**. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2009.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTES: IDOSOS

Estamos convidando você para participar da pesquisa: **A importância do assistente social no processo do envelhecimento ativo na região de Barretos-SP**, sob responsabilidade de **Ana Jéssica Assunção**, do Programa de Pós-Graduação em **Programa de Pós Graduação em Serviço Social**, orientada pelo Prof^a. Dra. **Rosalinda Chedian Pimentel**, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de MesquitaFilho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/C.Franca. Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara FClar – UNESP, que tem como função defender os interesses dos participantes das pesquisas, em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da ciência dentro dos padrões éticos.

O objetivo é discorrer sobre a promoção do envelhecimento ativo no Estado de São Paulo, através da metodologia de pesquisa quali-quantitativa, com o intuito de analisar e quantificar amostras de dados coletados e de entrevistas com profissionais e idosos.

A sua participação será através de entrevista, conduzida por um profissional do Centro de Convivência do Idoso, que perguntará sua opinião sobre o tema.

Os dados resultantes do estudo serão apresentados, observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. Os dados resguardarão o sigilo sobre sua identificação. O armazenamento será feito em HD externo pessoal, para garantir a confiabilidade e segurança do sigilo dos dados coletados. Os dados coletados na pesquisa serão armazenados em um dispositivo eletrônico local físico, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Não haverá benefícios ou contribuições financeiras sobre os resultados decorrentes da pesquisa.

Você receberá uma via deste termo no qual constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

O tempo de duração da entrevista deverá ser, em média, de quarenta minutos. Não haverá nenhum custo monetário para sua participação na pesquisa. Você tem o direito de solicitar esclarecimentos sobre os procedimentos, antes e durante a realização da pesquisa.

Pretende-se contribuir para elucidar sobre o papel do assistente social na garantia de direitos, direcionando caminhos para ações e projetos que viabilizem a efetivação de um envelhecimento com qualidade inserido em meio à sociedade. Este estudo poderá trazer

benefícios aos participantes da pesquisa, no sentido de contribuir com ações e projetos que venham a articular de forma assertiva para o envelhecimento ativo de qualidade.

A respeito dos benefícios, a pesquisadora estará à disposição para apresentação da tese concluída aos participantes do estudo através de palestra e discussão sobre seu conteúdo.

Espero que você se sinta esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e a ausência de riscos. Você está ciente do direito assegurado de não participar, ou de interromper a participação no momento que achar necessário, além da garantia de indenização por eventuais danos decorrentes da participação nessa pesquisa, nos termos da legislação civil (Código Civil Lei 10.406 de 10/01/2002).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data _____, _____ de _____ de 20__

Nome do participante: _____

Assinatura do participante da pesquisa

(assinatura)

Pesquisador Responsável Nome:

Endereço:

Tel:

E-mail:

(assinatura)

Orientador

Prof. (ª) Dr. (ª) Endereço:

Tel:

E-mail:

Localização: Rodovia Araraquara-Jaú, Km 1 – Caixa Postal 174 – CEP: 14800-901 – Araraquara – SP – Fone: 1613334-6263 – endereço eletrônico: comitedeetica@fclar.unesp.br.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTES: PROFISSIONAIS

Você está convidado para participar da pesquisa: **A importância do assistente social no processo do envelhecimento ativo na região de Barretos-SP**, sob responsabilidade de **Ana Jéssica Assunção**, do Programa de Pós-Graduação em **Programa de Pós Graduação em Serviço Social**, orientada pelo Prof. Dra. **Rosalinda Chedian Pimentel**, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/C.Franca.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara FClar – UNESP, que tem como função defender os interesses dos participantes das pesquisas, em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da ciência dentro dos padrões éticos.

O estudo tem como objetivo discorrer sobre a promoção do envelhecimento ativo no Estado de São Paulo, através da metodologia de pesquisa quali-quantitativa, a qual terá o intuito de analisar e quantificar amostras de dados coletados e de entrevistas com profissionais e idosos.

A sua participação nesta pesquisa, será através da resposta ao um questionário, cujo roteiro tem a dez perguntas semiabertas sobre o tema. Os questionários serão encaminhados através do e-mail institucional sugerido, e deverão ser retornados da mesma forma.

Seu tempo para formulação de respostas é de, em média, quarenta minutos, e suas respostas precisam ser encaminhadas em até dias dez dias contando da data de envio. O local de sua confecção ficará a critério do entrevistado. Não haverá nenhum custo monetário para a participação na pesquisa. Você tem o direito de solicitar esclarecimentos sobre os procedimentos, antes e durante a realização da pesquisa

Pretende-se com a referida pesquisa, contribuir para elucidar sobre o papel do assistente social na garantia de direitos, principalmente direcionando caminhos para ações e projetos, que viabilizem a efetivação de um envelhecimento com qualidade inserido em meio à sociedade. Com este estudo espera-se gerar benefícios aos participantes da pesquisa, no sentido de esclarecer e fortalecer suas atuações profissionais através dos resultados demonstrados ao final da pesquisa, o qual poderá nortear e apontar diretrizes, até então possivelmente desconhecidas.

A pesquisadora estará à disposição para apresentação da tese concluída aos participantes do estudo e ao Comitê de Ética e Pesquisa, através de palestra e discussão de seu conteúdo.

Os dados resultantes do estudo serão apresentados, observando-se os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. O armazenamento será feito em HD externo pessoal, para garantir a confiabilidade e segurança do sigilo dos dados coletados. Estes serão armazenados em um dispositivo eletrônico local físico, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Não haverá benefícios ou contribuições financeiras sobre os resultados decorrentes da pesquisa.

Você está ciente do direito assegurado de não participar, ou de interromper a participação no momento que achar necessário, além da garantia de indenização por eventuais danos decorrentes da participação nessa pesquisa, nos termos da legislação civil (Código Civil Lei 10.406 de 10/01/2002).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data _____, _____ de _____ de 20__

Nome do participante: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Pesquisador Responsável Nome: _____(assinatura)

Endereço:

Tel:

E-mail:

Orientador _____(assinatura)

Prof. (ª) Dr. (ª) Endereço:

Tel:

E-mail:

Localização: Rodovia Araraquara-Jaú, Km 1 – Caixa Postal 174 – CEP: 14800-901 – Araraquara – SP – Fone: 1613334-6263 – endereço eletrônico: comitedeetica@fclar.unesp.br.

**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO ORIENTADOR DA ENTREVISTA –
PARTICIPANTES: IDOSOS**

Olá! Meu nome é ANA JÉSSICA ASSUMÇÃO, sou aluna do Doutorado em Serviço Social, pela Universidade Estadual Paulista Julio De Mesquita Filho – UNESP. Peço sua colaboração para que responda este questionário, visando a colher informações para a minha pesquisa, que trata do tema: “A importância do assistente social no processo do envelhecimento ativo na região de Barretos-SP.”

Minha proposta para desenvolver esse estudo é no sentido de contribuir para destacar fatores importantes na sociedade, e apontar possíveis caminhos para a promoção do envelhecimento ativo.

O questionário é anônimo e destinado a todos os idosos participantes do estudo. Depois de analisadas, as amostras de pesquisa serão avaliadas e, posteriormente inseridas no texto da tese para publicação.

Obrigada pela ajuda!

- Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outros

- Idade:

- Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a)

- Escolaridade: ☐ Analfabeto ☐ Sabe ler e escrever ☐ Instrução Primária
 ☐ Curso Médio ☐ Curso Superior

- Renda Financeira: ☐ Aposentadoria/Pensão ☐ Benefício de Prestação Continuada-BPC
 ☐ Outro programa social ☐ Auxílio econômico através de familiares/amigos

- Município de origem: _____

1. Como o senhor (a) soube do trabalho realizado pelo Centro Comunitário do Idoso- CCI?

- ☐ Busca ativa (um profissional foi na minha casa/trabalho/local que eu estava
- ☐ Soube através de campanhas/cartazes
- ☐ Uma pessoa conhecida me orientou sobre o serviço

2. O senhor (a) percebe se alguma das atividades propostas pelo serviço beneficiaram sua qualidade de vida e bem estar?

() Sim () Não

Qual atividade e que mudança ocasionou na sua vida?

3. O senhor (a) considera que as atividades passadas favorecem a melhor integração e pertencimento na sociedade?

4. Qual atividade proposta o senhor (a) considera mais importante para a pessoa idosa? Por que?

5. O senhor (a) tem sugestões de melhoria ao serviço?

() Sim, tenho sugestões

() Não, acredito que da forma passada pelo serviço contempla tudo que é necessário

Se há sugestões, quais são?

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO ORIENTADOR DA ENTREVISTA –
PARTICIPANTES: PROFISSIONAIS**

Olá! Meu nome é ANA JÉSSICA ASSUMÇÃO, sou aluna do Doutorado em Serviço Social, pela Universidade Estadual Paulista Julio De Mesquita Filho- UNESP. Peço sua colaboração para que responda este questionário, visando a colher informações para a minha pesquisa, que trata do tema: “A importância do assistente social no processo do envelhecimento ativo na região de Barretos-SP.”.

Minha proposta para desenvolver esse estudo é no sentido de contribuir para destacar fatores importantes na sociedade, e apontar possíveis caminhos para a promoção do envelhecimento ativo.

O questionário é anônimo e destinado a todos os idosos participantes do estudo. Depois de analisadas, as amostras de pesquisa serão avaliadas e, posteriormente inseridas no texto da tese para publicação.

Obrigada pela ajuda!

Características Sociodemográficas e Questionário Orientador

- **Sexo:** () Feminino () Masculino () Outros

- **Idade:**

- **Serviço em que está trabalhando:**

- **Há quanto tempo está trabalhando neste serviço:**

- **Município de origem:**

1. Qual a sua atuação no trabalho com os idosos?

R: _____

2. O que o (a) Sr.(a) entende por envelhecimento ativo?

R: _____

3. De acordo com sua experiência profissional, quais são os maiores obstáculos para que um idoso consiga vivenciar, em seu cotidiano, praticas que favoreçam o envelhecimento ativo?

R: _____

4. Em relação ao serviço prestado no qual o Sr, (a) trabalha, quais os maiores obstáculos para promover praticas que favoreçam o envelhecimento ativo aos idosos atendidos?

R: _____

5. O Sr. (a) acredita que os idosos possuem a mesma importância social para os outros membros da sociedade, devido ao fato de estarem numa fase de não produzir bens/serviços como o imposto pelos moldes mercantis? Explique seu raciocínio a respeito do assunto.

R: _____

6. O (a) Sr.(a) acredita que os serviços prestados à população idosa pelo município conseguem cobrir todo o público demandante? Justifique sua resposta, por favor.

R: _____

7. Para o (a) Sr.(a), a população idosa, que se encontra em situação de vulnerabilidade social, é de fato a mais prejudicada quando se trata de envelhecimento ativo?

R: _____

8. O (a) Sr.(a) acredita que a população idosa, em geral, tem contato com a informação necessária que promova o esclarecimento sobre práticas que favoreçam o envelhecimento ativo e que promovem bem-estar, qualidade de vida, longevidade, sentimento de pertencimento a comunidade, entre outros fatores? Inserido nesse contexto, como poderíamos promover essa informação à população idosa e não idosa?

R: _____

9. Em seu município, o Sr. (a) acredita que o idoso pode não estar frequentando o serviço, por desinformação sobre a importância das atividades ofertadas? Já houve alguma situação que o fez pensar assim?

R: _____

10. Quais as estratégias o (a) Sr.(a) dentro de suas atribuições profissionais poderia estar utilizando para promover o envelhecimento ativo no seu município de forma eficiente e com uma perspectiva de integralidade de ações?

R: _____

APÊNDICE E – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaro para os devidos fins, que a instituição _____, situada no município _____, declara ciência e autoriza a realização da pesquisa intitulada “**A importância do assistente social no processo do envelhecimento ativo na região de Barretos-SP**”, de responsabilidade de **Ana Jessica Assunção**, vinculada a Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho- UNESP/ Campus de Franca, aprovada pelo CEP sob **CAAE 69320123.9.0000.5400**, com coleta de dados, que poderá ser realizada no período de junho a novembro de 2025 (de acordo com a disponibilidade dos participantes), nas dependências desta instituição, com participação de profissionais e do público atendido (pessoa idosa), conforme procedimentos descritos no projeto.

Local e data:

Nome do responsável:

Cargo:

Instituição:

Assinatura/contato institucional:

APÊNDICE F- APRESENTAÇÃO DA DEFESA DE TESE



Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"
Programa de Pós Graduação em Serviço Social- Campus de Franca-SP

Apresentação de defesa de Doutorado em Serviço Social

Tese: A importância do assistente social no processo do
envelhecimento ativo na região de Barretos- SP

Discente: Ana Jessica Assunção

Orientadora: Profa. Dra. Rosalinda Chedian Pimentel

Franca-SP
2026



Contexto da pesquisa

Cenário atual

Envelhecimento populacional como um fenômeno social do século XXI

Papel do assistente social

Mediador das políticas públicas, integrando o papel de agente de transformações sociais

Problema

Desafios na efetivação dos direitos à pessoa idosa, integralidade de ações ao envelhecimento de qualidade

Foco da pesquisa

Análise de três municípios do interior paulista como recorte territorial para a problemática do envelhecimento

Referencial Teórico

Do macro histórico ao cotidiano da intervenção profissional



Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, descritivo e documental

Instrumentais

- Questionário orientador estruturado e semi estruturado;
- Entrevistas;
- Diário de campo



Objeto Empírico e Campo da pesquisa

Municípios destacados dentro do mapa do território:



- Campos: Municípios do interior paulistano- Bebedouro, Cajobi e Monte Azul Paulista
- Locais: CDI de Bebedouro, CRAS de Monte Azul Paulista, e CRAS de Cajobi
- Participantes: Idosos que frequentam os serviços e profissionais que atuam diretamente com os usuários
- Número de participantes:
 - Bebedouro: 03 idosos, e 05 profissionais;
 - Cajobi: 05 idosos, e 05 profissionais;
 - Monte Azul Paulista: 05 idosos e 04 profissionais

Análise de dados



01

Pré análise- Organização, palavras chaves, e situações marcantes;

02

Exploração do material- Categorização temática, e exploração do material em eixos comuns;

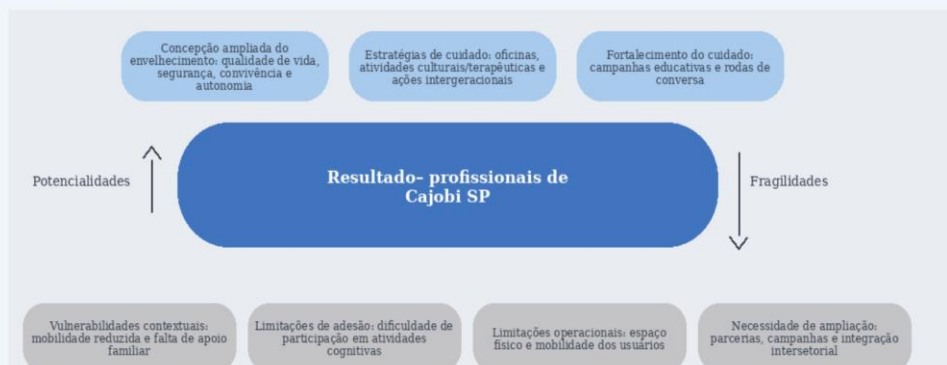
03

Tratamento dos dados- Dados organizados em tabelas comparativas e analíticas. Estruturando a sistematização de respostas e agrupamento em categorias

Resultados

Principais análises da pesquisa no município de Cajobi-SP

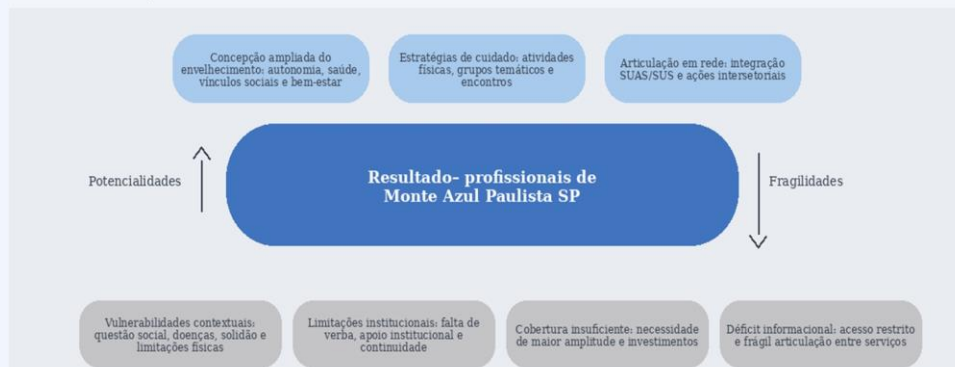
Local: CRAS- 05 profissionais



Resultados

Principais análises da pesquisa no município de Monte Azul Paulista-SP

Local: CRAS- 04 profissionais



Resultados- Análise dos municípios

Resultados (profissionais): matriz por eixos (síntese)

Legenda (leitura qualitativa): [+] forte | [-] Intermediário | [x] desafio

Eixo	Bebedouro	Monte Azul Paulista	Cajobi
Concepção de envelhecimento ativo	[+] Autonomia/QV/participação	[+] Autonomia/saúde/vínculos	[+] QV/segurança/convivência
Cobertura dos serviços	[x] Insuficiente	[x] Insuficiente	[-] Satisfatória (com limites)
Vulnerabilidade social	[x] Exclusão e barreiras a direitos	[x] Fator central limitante	[x] Pobreza/apoio familiar/desinformação
Acesso à informação	[-] Parcial	[x] Restrito	[-] Em expansão (precisa integrar)
Desinformação como barreira	[x] Sim (relevante)	[x] Sim (forte impacto)	[x] Sim (mais em vulneráveis)
Obstáculos no serviço	[x] Estrutura/recurso/pessoal	[x] Verba/apoio/continuidade	[-] Adesão + parcerias/campanhas
Estratégias utilizadas	[+] Ações educativas e grupos	[+] Grupos e articulação SUAS/SUS	[+] Culturais e intergeracionais

- Padrão comum: envelhecimento ativo aparece associado à autonomia/qualidade de vida e a ações de **convivência e participação**.
- Barreiras recorrentes: vulnerabilidade social e **desinformação** atravessam os três municípios; limites institucionais afetam continuidade e alcance.
- Diferença-chave: **Cajobi** descreve cobertura mais satisfatória (ainda com limites), enquanto Bebedouro e Monte Azul apontam cobertura insuficiente e maior restrição de inform.

Resultados- Análise dos municípios

Resultados (idosos): síntese comparativa dos municípios

Quadro síntese (Q1-Q5) com os achados mais relevantes de Bebedouro, Monte Azul Paulista e Cajobi.

Eixo/Questão	Bebedouro	Monte Azul Paulista	Cajobi
Acesso ao serviço (Q1)	100% por indicação de pessoa conhecida.	80% indicação de pessoa conhecida: 20% por busca ativa.	100% por indicação de pessoa conhecida.
Benefícios na qualidade de vida (Q2)	100% referem benefício: destaque para mobilidade/exercício e percepção de que "todas ajudam".	100% referem benefício: estímulo mental, vínculos/amizades, interação e melhora emocional.	100% referem benefício: oficinas, massagem, passeios, memória, aprendizagem e integração.
Integração social (Q3)	100% percebem favorecimento da integração; relatam falta no frequentam.	100% percebem integração: associam à sociabilidade, pertencimento, convivência.	100% percebem integração: falta quando na frequentam e distância.
Atividades mais valorizadas (Q4)	Dinâmicas/brincadeiras, estímulos mentais, atividade física e pintura.	Atividades cognitivas (quart), atividade física e bem-estar.	Integração/convivência, atividade física e bem-estar.
Sugestões de melhoria (Q5)	1 sugeri diversificar atividades.	1 sugeri atividade na água: 1 sugeri juntar turmas: 3 sem sugestões.	4 sem sugestões: 1 sugeri ampliar atividades de memória.

- Padrão comum: todos os municípios registram percepção positiva das atividades para qualidade de vida e integração (100% nas respostas)
- Diferenças principais: Monte Azul destaca atividades e benefícios emocionais/vínculos; Bebedouro enfatiza mobilidade e falta sentido quando não frequentam; Cajobi valoriza memória, convivência e alongamento.
- Melhorias: predominam poucas sugestões, indicam satisfação geral, demandas pontuais por diversificação e atividades específicas.

Resultados- Diário de Campo

Principais análises comparativas

 Bebedouro	 Monte Azul Paulista	 Cajobi
Atendimento estruturado, com transporte, acolhimento, atividade cognitiva ✓ Pontos de destaque - Organização da rotina, atuação multiprofissional e ambiente acolhedor ⚠ Desafios/Limites - Participação feminina inicialmente mais reservada nas entrevistas Síntese analítica Serviço estruturado, acolhedor, com cuidado multiprofissional e atenção qualificada aos idosos	Participação ativa no CRAS, mesmo com intercorrência no transporte ✓ Pontos de destaque - Rede de apoio entre idosos, ação rápida da coordenação e forte sentimento de pertencimento ⚠ Desafios/Limites - Falha no transporte e limitação de espaço/logística Síntese analítica Serviço marcado pela resiliência, apoio mútuo entre os idosos e superação de barreiras de acesso.	Oficinas coletivas em ambiente acolhedor, com foco na convivência e interação ✓ Pontos de destaque - Fortalecimento de vínculos, trabalho interdisciplinar valorização do pertencimento ⚠ Desafios/limites - Limitações físicas e de locomoção próprias da faixa etária Síntese analítica Espaço de convivência que proporciona acolhimento, gera um genuíno senso de pertencimento

Potenciais contribuições da tese

1 Intersetorialidade SUAS-SUS  Instituir protocolos formais, matriciamento e registros unificados entre CRAS, saúde e rede.	2 Estrutura, equipe e continuidade  Diagnosticar capacidade instalada, recompor equipes, formar continuamente e adequar espaços.
3 Etarismo e desvalorização  Implementar campanhas permanentes, oficinas com famílias/cuidadores e institucionalizar o tema no município.	4 Mobilidade e acessibilidade  Fazer auditorias de acessibilidade, ampliar transporte adaptado e adequar espaços públicos/rotas acessíveis.

Principais referências

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

DEBERT, Guíta Grin. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP/FAPESP, 1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Cidadania e direitos da pessoa idosa*. Brasília: Universa, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 2001

SIMÕES, Júlio Assis. *Entre o lobby e as ruas: movimento de aposentados e politização da aposentadoria*. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing: a policy framework*. Geneva: WHO, 2005.

Principais referências

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

BRASIL. Lei nº 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. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF, 2003.

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

Principais referências

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO, 2005.

DEBERT, Guita Grin. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP/FAPESP, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2001.

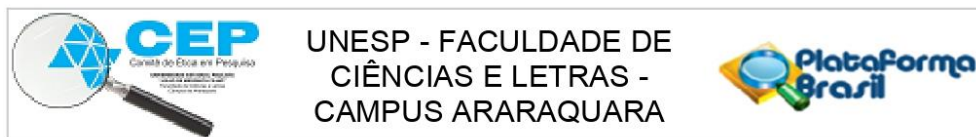
FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania e direitos da pessoa idosa. Brasília: Universa, 2007.

SIMÕES, Júlio Assis. Entre o lobby e as ruas: movimento de aposentados e politização da aposentadoria. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.



Obrigada por fazer parte deste
momento!

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESVELANDO A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO ATIVO EM ALGUNS MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Pesquisador: Ana Jéssica Assunção

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 69320123.9.0000.5400

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.297.793

Apresentação do Projeto:

"Esta pesquisa tem como finalidade estudar a atuação do assistente social frente à promoção e garantia dos direitos sociais da população idosa visando ao envelhecimento ativo. A natureza metodológica deste estudo é desenvolvida em dois momentos:

- a) Pesquisa de campo qualitativa de origem descritiva- a qual será realizada através de entrevistas com profissionais do Centro Comunitário do Idoso, dos municípios pertencentes a região de Barretos, com o objetivo de compreender qual o trabalho está sendo realizado pelo serviço social frente ao envelhecimento ativo;
- b) Pesquisa de método comparativo- serão analisados os dados referentes ao recebimento dos recursos financeiros socioassistenciais, provenientes dos recursos destinados ao trabalho com o idoso referente a proteção social básica- discriminados em União, Estado e Municípios.

Metodologia - Os dados serão coletados por meio de questionários aplicados remotamente. Os mesmos contarão com: 10 (dez) perguntas semiabertas para os profissionais e 05 (cinco) perguntas semiabertas para 57 participantes.

Os questionários serão preenchidos em período de aproximadamente sete dias após o seu recebimento, em concordância com a unidade, e para respondê-los será necessário o tempo máximo de 40 minutos." (Informações retiradas no projeto de pesquisa)

Endereço: Rodovia Araraquara- Jaú Km1 - sala 105

Bairro: CENTRO

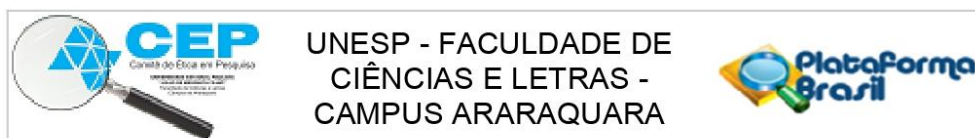
CEP: 14.800-901

UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3334-6467

E-mail: comitedeetica.fclar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.297.793

"As Secretarias de Assistência Social dos municípios supracitados no item 2.2 serão contatadas e orientadas sobre quais os objetivos desta pesquisa e qual o papel dos municípios participantes dentro do estudo. Para os municípios, que apresentem concordância em participar, serão encaminhados os questionários através do e-mail informado por sua secretaria. Os questionários serão preenchidos em período de aproximadamente sete dias após o seu recebimento, em concordância com a unidade, e para respondê-los será necessário o tempo máximo de 40 minutos." (Informações retiradas no projeto de pesquisa)

Objetivo da Pesquisa:

Confrontar os dados dos recursos destinados à União, aos estados e municípios, a fim de compreender, pela comparação, se são aplicados para ampliar a qualidade de vida da população idosa, para que viva de forma produtiva;

- Realizar análise dos dados quali-quantitativo coletados nos municípios pertencentes à região de Barretos, para identificar os desafios e oportunidades apontados pelos profissionais de Serviço Social;
 - Sugerir novas possibilidades de estratégias que venham fortalecer ações que precisem ser reajustada;
- (Informações retiradas do Projeto de Pesquisa)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

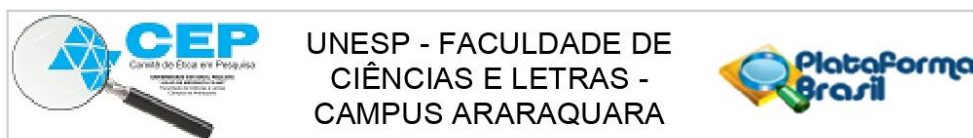
No tocante aos riscos apresentados para os participantes, em caso de se sentirem constrangidos, incomodados e/ ou confusos, poderão se eximir em responder toda e qualquer questão, assim como desistir de responder ao questionário por completo. Se porventura, houver a fragilização de sua saúde mental e/ou emocional, será fornecido suporte técnico ao participante. Os riscos serão minuciosamente geridos. (Informações Retiradas do Projeto de Pesquisa)

A respeito dos benefícios, será oferecida palestra aos participantes do estudo e ao Comitê de Ética e Pesquisa para discussão sobre os resultados da tese, bem como do elenco de proposições para melhoria e inovação voltada à população idosa e aos profissionais do Serviço Social. (Informações Retiradas do Projeto de Pesquisa)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide item Recomendações, Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Endereço: Rodovia Araraquara- Jaú Km1 - sala 105
Bairro: CENTRO **CEP:** 14.800-901
UF: SP **Município:** ARARAQUARA
Telefone: (16)3334-6467 **E-mail:** comitedeetica.fclar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.297.793

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item Recomendações, Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Recomendações:

Vide item Recomendações, Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após conferência das correções indicadas no primeiro parecer, verificamos:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

1.1 O termo utilizado pela pesquisadora não atende as exigências contidas nas resoluções RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016 e RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 e precisa ser reescrito. (ver item recomendações) (ATENDIDO)

1.2 Apresentar 2 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - 1 para profissionais e 1 para idosos, considerando que com os idosos a linguagem deverá ser acessível ao nível educacional do grupo. (ATENDIDO)

2. Projeto de Pesquisa

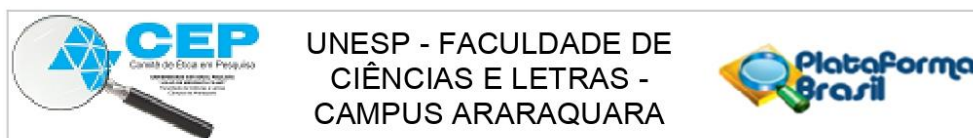
2.2. Descrever, separadamente, as formas de convite, apresentação do TCLE, local e situação da coleta de pesquisas com os dois grupos de participantes.(ATENDIDO)

Como dito na apresentação do projeto, o projeto de pesquisa deixa claro como enviará os questionários para as Secretarias de Assistência Social, a fim de que os 38 profissionais respondam, contudo, como não aponta como fará contato com os 19 idosos para participação na pesquisa. Neste caso, nos parece, que os questionários a serem respondidos pelos idosos serão aplicados pelo profissionais do serviço, o que não poderia garantir os cuidados éticos necessários. É necessário que a pesquisadora deixe claro como ela vai contatar os idosos e como garantirá os cuidados éticos necessários para essa coleta de dados a distância.(ATENDIDO)

3. Informações Básicas sobre o Projeto

3.1 Apresentar o cronograma detalhado das etapas, em especial a coleta de dados. Destaca-se

Endereço: Rodovia Araraquara- Jaú Km1 - sala 105
Bairro: CENTRO **CEP:** 14.800-901
UF: SP **Município:** ARARAQUARA
Telefone: (16)3334-6467 **E-mail:** comitedeetica.fclar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.297.793

que a coleta de dados deve ter o início previsto para o período após a aprovação do protocolo pelo CEP.(ATENDIDO)

3.2 Descrever de maneira mais objetiva os benefícios da pesquisa aos participantes (se houver) e para comunidade mais ampla.(ATENDIDO)

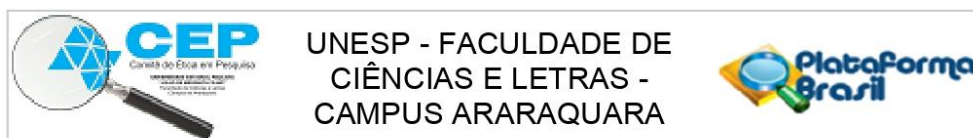
Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da FCLAr/Unesp, reunido em 13/09/2022, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. O relatório final deverá ser entregue até 06 (seis) meses após a data de finalização da pesquisa, conforme projeção do cronograma constante do projeto aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2054340.pdf	04/08/2023 16:45:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Ana_Jessica_Assumcao_MODIFICADO.pdf	04/08/2023 16:43:59	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_CEP.pdf	04/08/2023 16:42:37	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Outros	Apendice_questionario_profissionais.pdf	09/06/2023 13:10:54	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Outros	Apendice_questionario_idoso.pdf	09/06/2023 13:09:58	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Ana_Jessica_Assumcao.pdf	09/06/2023 13:03:45	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/06/2023 13:01:07	Ana Jéssica Assunção	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS.pdf	09/06/2023 13:00:46	Ana Jéssica Assunção	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_IDOSOS.pdf	09/06/2023 12:59:37	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rostoassinada.pdf	09/06/2023	Ana Jéssica	Aceito

Endereço: Rodovia Araraquara- Jaú Km1 - sala 105
 Bairro: CENTRO CEP: 14.800-901
 UF: SP Município: ARARAQUARA
 Telefone: (16)3334-6467 E-mail: comitedeetica.fclar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.297.793

Folha de Rosto	Folha_de_rostoassinada.pdf	12:55:12	Assunção	Aceito
----------------	----------------------------	----------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARARAQUARA, 13 de Setembro de 2023

Assinado por:
Luciana Massi
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Araraquara- Jaú Km1 - sala 105
Bairro: CENTRO **CEP:** 14.800-901
UF: SP **Município:** ARARAQUARA
Telefone: (16)3334-6467 **E-mail:** comitedeetica.fclar@unesp.br