

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO – PRPG
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – CCHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA - PPGP**

Cristhian Rêgo Passos

**A IMPORTÂNCIA DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS NO
DESENVOLVIMENTO LOCAL DE TERESINA/PI**

**TERESINA-PI
2019**

Cristhian Rêgo Passos

**A IMPORTÂNCIA DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS NO
DESENVOLVIMENTO LOCAL DE TERESINA/PI**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, do Centro de Ciências Humanas e Letras, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Castelo Branco de Siqueira

Área de concentração: Gestão Pública para o Desenvolvimento Regional

Linha de Pesquisa: Organização e Desenvolvimento Regional

**TERESINA-PI
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

P289i Passos, Cristhian Rêgo.
 A importância dos Centros de Convivência para idosos no
 desenvolvimento local de Teresina/PI / Cristhian Rêgo Passos. –
 2019.
 183 f. : il.

 Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade
 Federal do Piauí, Teresina, 2019.
 “Orientadora: Profa. Dra. Adriana Castelo Branco de
 Siqueira”.

 1. Gestão Pública. 2. Envelhecimento. 3. Centros de
 Convivência. 4. Desenvolvimento. I. Título.

CDD 350

CRISTHIAN RÊGO PASSOS

**A IMPORTÂNCIA DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS NO
DESENVOLVIMENTO LOCAL DE TERESINA/PI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, da Universidade Federal do Piauí, como requisito à obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

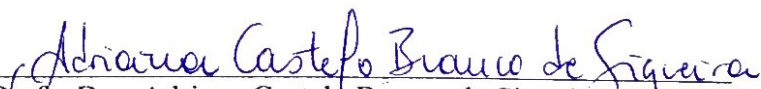
Área de Concentração: Gestão Pública para o Desenvolvimento Regional.

Linha de Pesquisa: Organizações e Desenvolvimento Regional.

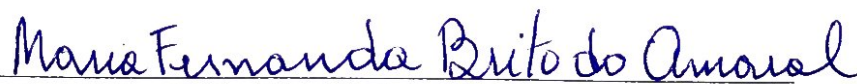
Orientador(a): Profa. Dra. Adriana Castelo Branco de Siqueira.

Aprovado em 17 de junho de 2019.

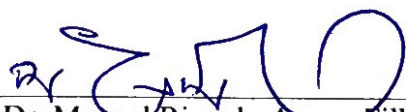
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Adriana Castelo Branco de Siqueira (UFPI)
Orientador



Profa. Dra. Maria Fernanda Brito do Amaral (UFPI)
Examinadora Interna



Prof. Dr. Manoel Ricardo Araes Filho (UFPI)
Examinador Externo ao Programa

*A Deus por me guiar pelos melhores caminhos;
a meus avós Alba Castelo Branco Rêgo (in
memorian) e Orfila Soares do Rêgo (in
memorian), pelo amor e exemplo de valores
incomensuráveis; à minha mãe Antonia Maria
Rêgo e minha tia Elsa Maria Rêgo pelo
incentivo; à família e aos meus amigos pelo
apoio.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, o verdadeiro cientista do Universo, que me guiou e protegeu, provendo a luz necessária neste caminho.

À minha família, que sempre me apoia e torce pelas minhas vitórias, em especial a meus filhos Jefferson e Lucas, que muitas vezes me acompanharam nas noites longas de estudo.

À minha querida esposa Lúcia, pelo amor, compreensão e palavras de motivação.

Agradeço enormemente à Universidade Federal do Piauí com a política de qualificação profissional de seus docentes e técnicos, que contribui enormemente para a agregação de valor nos serviços prestados e para o desenvolvimento do Piauí.

Ao Centro de Educação Aberta e a Distância (CEAD), em nome do Professor Dr. Gildásio Guedes Fernandes, que sempre apoiou todos os colaboradores daquele Centro na busca do conhecimento e engrandecimento profissional.

Aos meus amigos de trabalho Liana Brito Cardoso, Leda Mara Barreto Cavalcante, Ana Caroline Rodrigues Fonseca, Ítalo Teixeira Andrade, Marlívia Borges Paz, e a todos os outros com quem venho tendo experiências profissionais diariamente no CEAD, pelo apoio e contribuições intelectuais e fraternas que muito me motivam.

À professora Dra. Adriana Castelo Branco de Siqueira, que me orientou de forma brilhante, sempre acessível, disponível e de experiência acadêmica inspiradora.

À professora Dra. Fabiana Rodrigues de Almeida Castro pela dedicação frente à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Gestão Pública, e pelo apoio e confiança dispensados aos discentes do programa, incentivando a pesquisa e o desenvolvimento.

Às colaboradoras e secretária executiva do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública Adriana Lopes, pelo excelente atendimento e atenção dispensada aos discentes e comunidade acadêmica.

Ao professor Dr. João Carlos Hipólito Bernardes do Nascimento, pela especial contribuição ao ministrar aulas da disciplina de Gestão Pública Financeira e Orçamentária, como no compartilhamento de saberes sobre modelagem estatística e apoio acadêmico para nossa participação no XXV Congresso Brasileiro de Custos em Vitória (ES), onde recebemos o Prêmio Masayuki Nakagawa 2018 – 3º lugar na categoria pôster.

Ao Professor Dr. Alexandre Rabêlo Neto, pelo apoio incondicional dado aos discentes, experiência e disposição em compartilhar seus conhecimentos, em especial sobre modelagem estatística.

Aos demais professores do programa, que de alguma forma contribuíram nesta caminhada.

“Elimine a experiência e o bom senso dos homens (e mulheres) de mais de 50 anos e não sobrarão bastante experiência ou bom senso para governar o mundo.” (Henry Ford)

RESUMO

O mundo envelheceu. A população de idosos aumentou, e no Brasil não foi diferente. Entretanto, o envelhecimento requer também adaptações no modelo socioeconômico brasileiro. Neste sentido, esta pesquisa demonstra a importância dos Centros de Convivência para pessoas idosas (CCIs) enquanto equipamentos públicos gerenciáveis, para o desenvolvimento social local, considerando os 10 (dez) CCIs públicos e outros da rede não governamental que recebem financiamento público e que estão localizados no município de Teresina (PI), considerando as bases de dados públicos disponibilizadas pela Secretaria Especial do Desenvolvimento Social vinculada ao Ministério da Cidadania, antigo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, num recorte temporal de 2014 a 2017. Para tanto, utilizou-se abordagem quali-quantitativa, envolvendo a aplicação variante do método de *Process-tracing*, do tipo *Explaining outcomes processtracing* conjugada com modelagem estatística e mapeamento social, a partir dos dados sobre envelhecimento na capital e uso dos resultados da aplicação do modelo adaptado de mensuração de desenvolvimento social do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) e análise das variações destes índices em função dos níveis de serviço ofertados pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos nos Centros de Convivência para pessoas idosas (CCIs) de Teresina. Os resultados descrevem os CCIs quanto aos níveis de oferta de serviços comparativamente, destacam a política de assistência social vigente, e ainda descrevem o perfil demográfico dos idosos na cidade de Teresina e níveis de distribuição/concentração de renda entre os idosos cadastrados no serviço de proteção social básica de Teresina. Concluiu-se que o incremento da oferta dos serviços dos CCIs pode proporcionar uma melhoria nas condições de desenvolvimento social dos usuários, promovendo inclusão, cuidados e redução das vulnerabilidades.

Palavras-chave: Envelhecimento. Gestão Pública. Centros de Convivência. Desenvolvimento.

ABSTRACT

The world has grown old. The elderly population increased, and in Brazil it was no different. However, aging also requires adaptations in the Brazilian socioeconomic model. In this sense, this research demonstrates the importance of Coexistence Centers for the Elderly (CCIs) as manageable public facilities for local social development, considering the 10 (ten) public CCIs and others in the nongovernmental network that receive public financing and are located in the Teresina municipality (PI), considering the public databases made available by the Special Secretariat for Social Development, linked to the Ministry of Citizenship, former Ministry of Social Development and Fight against Hunger, in a temporal cut from 2014 to 2017. For this, it was used a qualitative and quantitative approach, involving the variant application of the *Process-tracing method*, of the type *Explaining outcomes processing*, combined with statistical modeling and social mapping from the data on aging in the capital and use of the results of the adapted model of measurement of social development of the Institute of Research and (IPECE) and analysis of the variations of these indices in function of the levels of service offered by the Service of Coexistence and Strengthening of Links in the Coexistence Centers for Elderly People (CCIs) of Teresina. The results describe the CCIs regarding service levels comparatively, highlight the current social assistance policy, and also describe the demographic profile of the elderly in the city of Teresina and levels of distribution / concentration of income among the elderly enrolled in the basic protection service social of Teresina. It was concluded that the increase in the supply of the services of the CCIs can provide an improvement in the conditions of social development of the users, promoting inclusion, care and reduction of vulnerabilities.

Key-words: Aging. Public administration. Coexistence Centers. Development.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 O ENVELHECIMENTO	29
2.1 Conceituando o termo	29
2.2 Dados sobre envelhecimento no Brasil	33
2.3 O envelhecimento em Teresina-Piauí.....	38
3 PROTEÇÃO SOCIAL DO IDOSO	45
3.1 A proteção social do idoso no Mundo	45
3.2 A proteção social do idoso no Brasil	50
3.2.1 A rede de proteção social do idoso em Teresina	60
3.2.2 Financiamento das Políticas de Assistência Social via SUAS	74
4 O PAPEL DO CUIDADO AOS IDOSOS NO DESENVOLVIMENTO SOCIAL	92
4.1 O Desenvolvimento social local.....	92
4.2 A função dos Centros de Convivência de Idosos para o Desenvolvimento Social em Teresina-Piauí.....	93
4.2.1 Índice de Desenvolvimento Social de Oferta (IDSO) dos CCIs – Teresina (2014 a 2017)	95
4.2.2 Índice de Desenvolvimento Social de Resultado (IDSR) dos CCIs /CRAS – Teresina (2014 a 2017)	109
4.2.3 Índice de Desenvolvimento dos Centros de Referências da Assistência Social (IDCRAS) de Teresina no período de 2014 a 2017	125
4.2.4 Análise das variações da distribuição de renda dos idosos e suas famílias pelo Índice de Gini nos anos 2015 e 2017.....	132
4.2.5 Estimativa dos volumes de recursos repassados pela União ao município de Teresina para manutenção do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) nos anos 2015 e 2017.....	146
4.2.6 Análise sobre as relações entre as variáveis IDSO, IDCRAS, Renda e Estimativa do Componente I do PBV e IDSR médio por CRAS.....	153
4.2.7 Explorando qualitativamente a importância dos Centros de Convivência para pessoas idosas no desenvolvimento local.....	159

4.2.7.1 Centro de Convivência Dirceu Arcoverde.....	159
4.2.7.2 Centro de Convivência Grupo de idosos “Adeus Solidão”	160
4.2.7.3 Centro de Convivência “Casa de Metara”	161
4.2.7.4 Centro de Convivência “Promorar”.....	163
CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
REFERÊNCIAS	172

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada
CCE – Comissão das Comunidades Europeias
CCI – Centros de Convivência para pessoas idosas
CEPAL – Comissão Econômica das Nações Unidas Para a América Latina
CF – Constituição Federal
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDSO – Índice de Desenvolvimento Social de Oferta
IDSO _{EDUC} – Indicador Social de Oferta em Educação
IDSO _{EMPR} – Indicador Social de Oferta em Emprego e Renda
IDSO _{HAB} – Indicador Social de Oferta em Habitação
IDSO _{SAÚ} – Indicador Social de Oferta em Saúde
IDSR – Índice de Desenvolvimento Social de Resultados
IDS-R _{EDU} – Indicador Social de Resultado de Educação
IDS-R _{EMPR} – Indicador Social de Resultado em Emprego e Renda
IDS-R _{HAB} – Indicador Social de Resultado das Condições de Habitação
IDS-R _{SAÚ} – Indicador Social de Resultado da Saúde
IDSG – Índice de Desenvolvimento Social Geral
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPECE – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

OCDE – Organização para a Cooperação para o Desenvolvimento Econômico

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAIF – Proteção e Atendimento Integral a Família

PAEFI – Proteção e Atendimento Especializado à Família e ao Indivíduo

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAI – Política Nacional do Idoso

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SEAS – Secretaria de Assistência Social

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura nº 1: Determinantes do envelhecimento ativo	34
Figura nº 2: Elementos centrais da política de cuidados às pessoas idosas e dependentes.....	49
Figura nº 3: Proteção Social no Brasil após Constituição Federal de 1988 (ilustração).....	50
Figura nº 4: Trajetória da PNI na gestão federal da assistência social (1994-2004).....	55
Figura nº 5: Onde o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos pode ser ofertado?.....	66
Figura nº 6: Mapa de distribuição dos idosos(maiores de 60 anos)em Teresina no ano 2010	71
Figura nº 7: Mapa de distribuição dos idosos (maiores de 60 anos - 2010) e Centros de Convivência para Pessoas Idosas em Teresina (2018).....	72
Figura nº 8: Reordenamento da Lógica de Financiamento do SCFV	88
Figura nº 9: Curva de Lorenz	133
Figura nº 10: Curva de Lorenz representada por trapézios	134

GRÁFICOS

Gráfico nº 1: Porcentagem da participação na força de trabalho por indivíduos com 65 anos ou mais de idade por continentes	36
Gráfico nº 2: Evolução Histórica da Atenção Básica em Teresina – 1997 a maio/2018.....	62
Gráfico nº 3: Quantidade de CCIs e respectiva classificação do IDSO no período de 2014 a 2017	98
Gráfico nº 4: Classificação do IDSO (2014 a 2017) dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais e não governamentais que recebem recursos federais para manutenção dos SCFV	102
Gráfico nº 5: Classificação do IDSO (2014 a 2017) dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais e não governamentais que recebem recursos federais para manutenção dos SCFV conforme modelo IPECE.....	103
Gráfico nº 6: Gráfico Q-Q Normal das Médias IDSO (2014 a 2017) para os 10 (dez) CCIs com dados registrados na edições do Censo SUAS (2014-2017).....	108

Gráfico nº 7: Curva de distribuição normal do IDSR-2015.....	118
Gráfico nº 8: Gráfico Boxplot do IDSR 2015.....	118
Gráfico nº 9: Gráfico Boxplot por CRAS aglutinados por zona e respectivos dados de IDSR 2015.....	119
Gráfico nº 10: Gráfico Q-Q Normal das Médias IDSR (2015).....	119
Gráfico nº 11: Gráfico de Distribuição Normal das Médias IDSR (2017).....	122
Gráfico nº 12: Classificação do IDSR-geral médio por CRAS segundo critério IPECE.....	125
Gráfico nº 13: Curva de Lourenz da distribuição da renda per capita para o ano 2015.....	137
Gráfico nº 14: Curva de Lourenz da distribuição da renda per capita para o ano 2017.....	138
Gráfico nº 15: Curva de Lourenz dos dados para o ano 2015.....	139
Gráfico nº 16: Curva de Lourenz dos dados para o ano 2017.....	139
Gráfico nº 17: Gráfico de dispersão entre as variações do índice de Gini e do IDSR médio (2015 e 2017).....	141
Gráfico nº 18: Índice de Gini por grupos separados conforme grau de escolaridade para o ano 2017.....	144
Gráfico nº 19: Dinâmica das medidas de IDSO, IDSR, Estimativa Componente I do PBV por CRAS no Ano 2015.....	153
Gráfico nº 20: Dinâmica das medidas de IDSO, IDSR, Estimativa Componente I do PBV por CRAS no Ano 2017.....	154

TABELAS

Tabela nº 1: População presente, por grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 1940.....	37
Tabela nº 2: População residente, por grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2000.....	38
Tabela nº 3: Teresina - População por faixa etária – 1991 a 2010.....	40
Tabela nº 4: Teresina - População residente por bairros e por grupos de idade (maior que 60 anos de idade) – 2010.....	40
Tabela nº 5: Classificação dos melhores países para idosos.....	46
Tabela nº 6: Rede própria de Serviços Municipais de Saúde de Teresina – PI.....	60
Tabela nº 7: Demonstrativo de parcelas pagas para financiamento do SCFV de Teresina-PI (2014 a 2017).....	90

Tabela nº 8: IDSO dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais que apresentaram dados em pelo menos uma das edições do Censo SUAS (2014 a 2017).....	95
Tabela nº 9: IDSO dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais que apresentaram dados nas quatro edições do Censo SUAS (2014 a 2017).....	97
Tabela nº 10: Resumo Estatístico do IDSO dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais que apresentaram dados nas quatro edições do Censo SUAS (2014 a 2017).....	97
Tabela nº 11: Classificação nominal dos CCIs conforme classificação do IDSO no período de 2014 a 2017.....	99
Tabela nº 12: Resumo estatístico do IDSO (2014 a 2017) dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais e não governamentais que recebem recursos federais para manutenção dos SCFV.....	99
Tabela nº 13: Classificação do IDSO (2014 a 2017) dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais e não governamentais que recebem recursos federais para manutenção dos SCFV.....	100
Tabela nº 14: Índice de Desenvolvimento Social de Resultados – Habitação (IDRS-HAB) ano 2014, por tipo de moradia das famílias.....	111
Tabela nº 15: IDSR-médio por dimensões e geral (ano 2015).....	116
Tabela nº 16: IDSR-médio por dimensões e geral (ano 2017).....	120
Tabela nº 17: IDCRAS (2014 a 2017).....	131
Tabela nº 18: Exemplos de distribuições de renda e valores dos componentes observados.....	136
Tabela nº 19: Índice de Gini para a renda dos idosos por CRAS e IDSR médio para os anos 2015 e 2017.....	140
Tabela nº 20: Decomposição do Índice de Gini por CRAS – ano 2017.....	141
Tabela nº 21: Rendimento médio dos idosos segundo grau de instrução nos CRAS – Ano 2015.....	142
Tabela nº 22: Rendimento médio dos idosos segundo grau de instrução nos CRAS - Ano 2017.....	143
Tabela nº 23: Decomposição do Índice de Gini por nível de escolaridade – ano 2017.....	145
Tabela nº 24: Decomposição do Índice de Gini por sexo e idade – ano 2017.....	145
Tabela nº 25: Correlações entre as variáveis IDSO, IDCRAS, Renda, Renda média per capita, Estimativa do Componente I do PBV e IDSR.....	154

Tabela nº 26: Estatísticas da regressão múltipla: IDSR (variável dependente) e IDSO médio, Taxa unitária de Renda, Taxa unitária de IDCRAS, Taxa unitária da Estimativa do componente I do PBV (variáveis independentes).....	155
Tabela nº 27: Estatísticas da regressão múltipla: IDSR (variável dependente) e IDSO médio, Taxa unitária da Estimativa do componente I do PBV (variáveis independentes)	157

QUADROS

Quadro nº 1: Síntese da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.....	63
Quadro nº 2: Centros de Convivência para Pessoas Idosas sob Gestão Municipal de Teresina – PI	66
Quadro nº 3: Modelos de financiamento da Assistência Social no Brasil no período de 1996 a 2013	75
Quadro nº 4: Programas de Assistência Social de âmbito federal implementados no período pré-SUAS.....	76
Quadro nº 5: Pisos de Financiamento SUAS.....	84
Quadro nº 6: Exemplo de cálculo para cofinanciamento federal do SCFV em prol de um município.....	89
Quadro nº 7: Representações gráficas da distribuição dos valores de IDSO dos CCIs públicos municipais e não governamentais que recebem recursos para os SCFV do governo federal (sem ajustes) para os anos 2014 a 2017	104
Quadro nº 8: Resumo de processamento de casos – Média do IDSO (2014 – 2017).....	105
Quadro nº 9: Representação da Distribuição dos dados e outliers em gráfico Boxplot e teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov para as Médias do IDSO (2014 – 2017) ..	106
Quadro nº 10: Representação da Distribuição dos dados e outliers em gráfico Boxplot e teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov para as Médias do IDSO dos CCIs que apresentaram de fato registros nos Censos SUAS 2014 a 2017	107
Quadro nº 11: Indicadores usados para o cálculo do IDSR-HAB -2014	112
Quadro nº 12: Aglutinação de idosos por CRAS para os anos 2015 e 2017.....	114
Quadro nº 13: Resumo estatístico (idade, renda, IDSR-Educ., IDSR-Emp., IDSR-Hab., IDSR-Saúde e IDSR-Geral)	117
Quadro nº 14: Resumo estatístico, teste de Kolmogorov-Smirnov e curva de distribuição norma para o IDSR do ano 2015.....	118

Quadro nº 15: Resumo estatístico dos IDSR do ano 2017	121
Quadro nº 16: Testes de Normalidade: Kolmogorov Smirnov IDSR-Geral ano 2017	121
Quadro nº 17: Resumo Estatístico IDSR-GERAL de 2015 e 2017 - dados com identificação do CRAS	123
Quadro nº 18: Critérios para classificação dos CRAS conforme valores médios de IDSR-Geral	123
Quadro nº 19: Classificação dos CRAS de acordo com valores médios de IDSR-Geral (2015 e 2017)	123
Quadro nº 20: Classificação dos CRAS de acordo com valores médios de IDSR-Geral conforme modelo IPECE (2015 e 2017).....	124
Quadro nº 21: Dimensão Estrutura Física – IDCRAS	126
Quadro nº 22: Dimensão Recursos Humanos	127
Quadro nº 23: Dimensão Serviços & Benefícios	129
Quadro nº 24: Estimativa do Componente I do Piso Básico Variável para os anos 2015 e 2017.....	147
Quadro nº 25: Síntese de relevantes estudos sobre a relação gestos públicos com desenvolvimento	148

FOTOS

Foto nº 01: Centro de Convivência “Adeus Solidão”	161
Foto nº 02: Mesa customizada com mosaico em cerâmica no Centro de Convivência Casa de Metara.....	162
Foto nº 03: Oficina de beleza no Centro de Convivência Casa de Metara.....	163
Foto nº 04: Centro de Convivência Promorar	164

1 INTRODUÇÃO

O mundo envelheceu. Atualmente tem-se uma taxa de envelhecimento muito superior à do passado. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde - OMS (2005, p. 05), pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode ter a esperança de alcançar pelo menos 60 (sessenta) anos, haja visto que esse índice, combinado com a redução das taxas de natalidade mundial, elevam o envelhecimento das populações pelo mundo.

Segundo a *Global AgeWatch Index 2015*, essa taxa (a proporção de idosos na população mundial) em 2015 estava registrada em torno de 12,3% (doze vírgula três por cento), com projeções de 16,5% (dezesseis e meio por cento) para o ano 2030 e 21,5% (vinte e um e meio por cento) para o ano 2050 (HELPAGE INTERNATIONAL, 2015, p. 05).

Tal fenômeno coloca questionamentos quanto ao planejamento de vida dos indivíduos e também enquanto sociedade. Enquanto indivíduo pode surgir o questionamento das fases de vida geralmente aceitas (fase da infância, fase de estudos, fase de trabalho e por fim, a fase da aposentadoria), e assim repensar a forma de melhor aproveitar a vida.

Nesse sentido, por exemplo, o indivíduo pode decidir por formar sua família mais cedo, aproveitar a idade superior a 60 (sessenta) anos para dar continuidade aos estudos, ou iniciar uma nova carreira profissional, dentre outras diversas possibilidades de se aproveitar o tempo. Enquanto sociedade, o envelhecimento significa o surgimento de novas demandas em diversas áreas, abertura de novos mercados em vários segmentos voltados para a velhice, como serviços especializados em saúde do idoso, serviços de lazer e entretenimento adequados, melhoramento ou inovação em produtos para as pessoas em terceira idade etc.

Os anos de vida, tanto para a juventude como para a velhice são muito mais valorativos quando usufruídos com saúde e em condições de apoio para que se tenha vida mais digna e sem uma perda significativa das capacidades física e mental. Para os de idade avançada, isso refrearia a visão estereotipada do idoso como dependente econômico e diminuiria a discriminação simplesmente pelo fator idade.

Segundo relatório da OMS (2015) é válido ressaltar a importância econômica do idoso e os contrapontos à ideia de dependência para a idade avançada:

[...] pesquisa desenvolvida no Reino Unido em 2011 estimou que, após definir os custos das pensões, bem-estar e cuidados com a saúde em relação às contribuições feitas por meio de impostos, gastos de consumidores e outras atividades de valor econômico, as pessoas mais velhas contribuíram com aproximadamente £40 milhões para a sociedade, o que subirá para £77 bilhões em 2030 (OMS, 2015, p. 8).

Diante destas informações, pode-se valorizar o papel das pessoas com idade superior a 60 (sessenta anos) numa perspectiva produtiva e positiva do ponto de vista econômico e social.

No Brasil, o contexto que se apresenta é o de muitas famílias brasileiras onde avós cuidam dos netos, enquanto pais e/ou irmãos em idade “economicamente ativa” trabalham. Inclusive, tem-se observado que, em muitos lares, esses idosos são os provedores dos recursos de manutenção da família, como demonstra a representação das aposentadorias em torno de 19,4% (dezenove vírgula quatro por cento) na composição do rendimento médio mensal real domiciliar *per capita* (IBGE, 2018).

O fato é que, em todo o mundo, tem aumentado a proporção de pessoas com 60 (sessenta) anos de idade ou mais. Segundo a OMS (2005, p. 8), no período compreendido entre os anos 1970 a 2025, o crescimento esperado é na faixa de 233% (duzentos e trinta e três por cento), ou seja, cerca de 694.000.000 (seiscentos e noventa e quatro milhões) a mais no número de pessoas mais velhas, somando um total em torno de 1,2 (um vírgula dois) bilhão de pessoas maiores de 60 (sessenta) anos.

De acordo com a OMS, é esperado que até o ano 2025, países como o Japão, Alemanha e Itália tenham cerca de 1/3 (um terço) de sua população formada por pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais de idade, em contraposição a uma redução relevante das taxas de fecundidade (OMS, 2005, p. 9).

Essa reconhecida tendência do envelhecimento populacional também se deu por causa da mudança de hábitos culturais e da melhoria das condições de acesso da população a serviços de saúde e outros de forma geral, conforme explicam Cunha e Silva (2017, p. 300):

O envelhecimento configura um fenômeno global e uma conquista para a humanidade, que de um modo geral se deu em decorrência da redução nos níveis de natalidade e do progresso da ciência, contribuindo diretamente para avanços nas áreas da medicina curativa e preventiva e que proporcionou a melhoria nas condições de acesso da população aos serviços.

Para Cunha e Silva (2017, p. 298), o envelhecimento provoca uma gama de transformações sejam “físicas, funcionais, psicológicas e sociais na vida da pessoa que envelhece”, mudanças diretamente ligadas às condições de vida de cada sociedade. Cada sociedade evolui e envelhece de forma diferenciada segundo o contexto histórico, cultural e socioeconômico em que vive, ou seja, em função das melhorias da qualidade de vida, desde o acesso a recursos para a manutenção da saúde até os voltados ao desenvolvimento sociocultural, perpassando, assim, pela criação e gestão de políticas promovidas pelo Estado nas mais diversas áreas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a idade adulta em quatro faixas, com a seguinte terminologia: meia idade – as pessoas entre 45 (quarenta e cinco) e 59 (cinquenta e nove) anos; idoso – as com 60 (sessenta) a 74 (setenta e quatro) anos; ancião – os indivíduos com idade de 75 (setenta e cinco) a 90 (noventa) anos; e velhice extrema – as acima de 90 (noventa) anos (WEINECK, 1991). Já o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) considera: idosos jovens – aqueles que têm entre 60 (sessenta) e 70 (setenta) anos de idade; medianamente idosos – aqueles com idade entre 70 (setenta) e 80 (oitenta) anos; e muito idosos – os de idade acima de 80 (oitenta) (IPEA, 2007).

O Brasil também envelheceu. Pesquisas demonstram que a faixa etária da população brasileira tem sofrido aumento considerável nos últimos anos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE demonstram que houve um crescimento significativo da população com idade superior a 60 (sessenta) anos de idade (considerando o aumento percentual desta faixa da população em relação às outras faixas etárias), como consequência, dentre outros aspectos, dos avanços da medicina, avanços tecnológicos, e alterações do modo de vida, desde a adoção de hábitos preventivos em relação à saúde até à redução do interesse na procriação (IBGE, 2018).

Os dados ainda demonstram que o número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047, quando haverá no Brasil uma população na faixa dos 233,2 (duzentos e trinta e três vírgula dois) milhões de habitantes. Crescimento seguido de uma queda populacional para a faixa de 228,3 (duzentos e vinte e oito vírgula três) milhões em 2060, quando a parcela de idosos corresponderá a pouco mais de $\frac{1}{4}$ (um quarto) da população, 25,5% (vinte e cinco vírgula cinco por cento), no mesmo ano em que é prevista uma redução drástica da parcela da população que se encontrará em idade comumente aceita como normal para o trabalho, ou seja, na faixa dos 16 (dezesseis) a 64 (sessenta e quatro) anos de idade, a qual corresponderá a apenas 32,8% (trinta e dois vírgula oito por cento) (IBGE, 2018a).

A OMS (2005) prevê que no ano 2025 a população brasileira contará com cerca de 33,4 (trinta e três vírgula quatro) milhões de pessoas maiores de 60 (sessenta) anos de idade.

Atualmente dentre as regiões brasileiras, a que apresenta maior número de idosos é a sudeste, com cerca de 13.245.156 (treze milhões e duzentos e quarenta e cinco mil e cento e cinquenta e seis) pessoas com pelo menos 60 (sessenta) anos de idade, seguida da região nordeste, com 6.823.891 (seis milhões e oitocentos e vinte e três mil oitocentos e noventa e uma) pessoas nesta faixa de idade (IBGE, 2018b).

Corroborando com as considerações sobre este crescimento, pode-se citar também os dados sobre o envelhecimento no Brasil elaborados pela Secretaria Nacional de Promoção da

Defesa dos Direitos Humanos, por intermédio da Coordenação Geral dos Direitos do Idoso, que apontam, comparativamente entre os anos 2000 e 2011, uma redução da população infantil (crianças até quatro anos de idade), equivalente à queda do registro de 16,3 (dezesesseis vírgula três) milhões em 2000 para 13,3 (treze vírgula três) milhões em 2011, enquanto que entre os anos 2009 e 2011 houve uma elevação da população idosa (acima de 60 anos de idade) na ordem de 7,6% (sete vírgula seis por cento), ou seja, 1,8 (um vírgula oito) milhão de pessoas a mais nesta faixa etária.

Os cinco Estados com maior número de idosos no ano 2018, segundo os dados do IBGE, são: São Paulo, com 6.718.580 (seis milhões e setecentos e dezoito mil e quinhentos e oitenta); Minas Gerais, com 3.191.212 (três milhões e cento e noventa e um mil e duzentos e doze); Rio de Janeiro, com 2.793.801 (dois milhões e setecentos e noventa e três mil e oitocentos e um); Rio Grande do Sul, com 1.996.853 (um milhão e novecentos e noventa e seis mil e oitocentos e cinquenta e três); e Bahia, com 1.858.383 (um milhão e oitocentos e cinquenta e oito mil e trezentos e oitenta e três). O Piauí encontra-se na 16^a (décima sexta) posição, com 401.089 (quatrocentos e um mil e oitenta e nove) idosos (IBGE, 2018b).

Teresina, dentro do Estado do Piauí, é a cidade que concentra a maior população, cerca de 814.230 (oitocentos e quatorze mil duzentos e trinta) habitantes (IBGE, 2010), assim como o maior número de idosos no estado, equivalente a 8,4% (oito vírgula quatro por cento) da população teresinense, aproximadamente 68.395 (sessenta e oito mil trezentos e noventa e cinco) pessoas com idade superior a 60 (sessenta) anos. Em termos proporcionais, considerando o percentual de idosos da população, Teresina não é destaque, pois cidades como Francisco Ayres (14,9%), Amarante (14%), Elesbão Veloso (15,2%), Bocaina (16%) e outros a superam proporcionalmente. No entanto, em termos absolutos, com aproximadamente 68.395 (sessenta e oito mil trezentos e noventa e cinco) idosos, por ser uma cidade de cunho urbano e sendo capital, certamente precisa dispor de maior esforço e recursos para a elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas de proteção social dos idosos.

Estes dados sobre o envelhecimento populacional Teresinense demonstram que a capital é um importante local para estudos sobre políticas voltadas às pessoas da terceira idade no estado do Piauí, visto que além de ser o município com maior número de idosos em termos absolutos, também conta com maior aporte de recursos para a elaboração e implementação de políticas públicas, podendo ser campo para desenvolvimento de modelos que possam ser exportados aos outros municípios piauienses. Teresina-Piauí, por ser situada no nordeste brasileiro, região historicamente marcada pelos menores índices de desenvolvimento socioeconômico, está entre as capitais em processo de expansão urbana-territorial, e

considerando a proposta desse estudo, que é demonstrar um modelo para avaliação de política pública enquanto promotora de desenvolvimento, a capital piauiense foi escolhida para delimitar o espaço territorial da pesquisa.

O baixo número de instituições de longa permanência para pessoas idosas em relação aos outros estados nordestinos (IPEA, 2008; IPEA, 2011), eleva a demanda aos serviços alternativos oferecidos pelos Centros de Convivência da rede pública (que são dez, segundo o último Censo SUAS consolidado - 2017), reforçando a necessidade de pesquisas deste tipo. Ademais, o fato do envelhecimento ser objeto de estudo em diversas áreas científicas, como a Sociologia, a Assistência Social, a Enfermagem, a Medicina etc., mas com pouquíssimas pesquisas relacionadas ao envelhecimento na área da Administração e Gestão Pública, incrementa a justificativa para a realização da pesquisa.

Este evidente envelhecimento da população, segundo Braga e Lautert (2004), tem implicado em uma oneração sobre o sistema previdenciário, fazendo-se essencial o fortalecimento dos vínculos familiares e da rede de proteção social do idoso, onde os indivíduos se ajudam e também onde podem ocorrer conflitos intergeracionais quanto à provisão de recursos para o sustento e manutenção da vida e saúde dos membros das famílias.

Estes desafios apresentam-se como uma tendência no mundo, e mesmo em países desenvolvidos são necessários ajustes políticos e institucionais, principalmente ligados à saúde e à seguridade social, como esclarecido por Kalache (2008, p. 1108):

As sociedades modernas têm testemunhado uma transformação na maneira de compreender o trabalho. Por outro lado, o setor da previdência e seguridade social está se desarticulando. Como resultado, as expectativas individuais estão mudando radicalmente. A informalidade laboral tem crescido de modo preocupante, sobretudo nos países em desenvolvimento. A sustentabilidade dos sistemas de seguridade social tem sido colocada em questão. A fragilidade tanto das condições culturais quanto da coesão social que permite o bem-estar pessoal tem se tornado muito evidente. Na raiz destes desafios estão as dramáticas mudanças demográficas que estão ocorrendo virtualmente em todo o mundo. E tais desafios se intensificaram tendo em vista que o envelhecimento populacional continuará - nos países em desenvolvimento de forma até mais acelerada do que nos últimos anos.

Tem crescido consideravelmente o número de estudos em Sociologia, Antropologia e Políticas Públicas, como confirmam Veras e Félix (2016, p. 442): “o envelhecer nas grandes cidades tem sido um objeto de pesquisa cada vez mais presente na Sociologia e outras áreas”, colocando as cidades como *lócus* de atenção primária a este público idoso, evidenciando o “direito à cidade”, que segundo os autores se constitui num espaço ou local que destaca uma sensação de fortalecimento da identidade, de reconhecimento do idoso como cidadão integrante e participativo no desenvolvimento de uma urbe.

Estudos sobre o idoso do campo apontam para uma modificação demográfica causada pelo êxodo rural, tanto no Brasil como em diversos países pelo mundo, causando o envelhecimento com a masculinização no campo, de tal forma a comprometer a composição familiar, além de colocá-los numa condição de vulnerabilidade social, com execução de trabalhos penosos em agricultura familiar de baixa renda indo até a idade avançada, com condições de saúde questionáveis (FERRAZ *et al.*, 2018).

Desta forma, a partir de uma concepção de Estado de Bem Estar Social, a gestão pública se vê desafiada e necessita prover ações de contrabalanceamento político para atender às novas demandas da população que envelhece, sendo a criação dos Centros de Convivência para Idosos (CCI) um espaço social na modalidade não asilar, onde são desenvolvidas atividades de sociabilização, educação, manutenção da saúde e outras direcionadas aos grupos de senis, enquanto seus familiares desenvolvem suas atividades laborais na confiança de terem deixado seus parentes idosos em cuidados institucionalmente ofertados pelo Estado, em especial. Ademais, os CCIs contribuem para a manutenção dos vínculos familiares, visto que a característica não asilar dos centros possibilita o retorno do idoso ao lar e o reencontro significativo com os familiares, além de estar relacionado dentre as ações do serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família (PAIF) integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Faz-se imprescindível a atuação do Estado, numa concepção de Estado de Bem Estar Social, mais precisamente por intermédio da gestão das cidades, que necessitam cada vez mais direcionar esforços e recursos para possibilitar condições de autonomia, de mobilidade, de acesso a informações, e diversos serviços ligados à segurança e à saúde preventiva, dentre outros, para atender a essas novas expectativas, guiada pelos instrumentos legais de proteção social e ampliação de direitos da pessoa idosa conquistados nestes últimos 30 anos, tais como: a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei nº. 8.742 de 1993; a Política Nacional do Idoso (PNI) – Lei nº. 8.842 de 1994; o Estatuto do Idoso – Lei nº. 10.741 de 2003; e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada pela Resolução nº. 145 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

Assim, visando dar apoio e contribuição ao desenvolvimento das ciências sociais e gestão na área do envelhecimento humano no Brasil, corroborando para o alcance dos objetivos institucionais dos CCIs, guiados pelas normas políticas e legislação em vigor, para a redução das desigualdades, da vulnerabilidade e da exclusão social, este estudo pretende responder quali-quantitativamente ao seguinte questionamento: **qual a importância dos Centros de Convivência para idosos no desenvolvimento local na cidade de Teresina?**

Para corresponder ao questionamento supracitado infere-se a seguinte hipótese principal (H_0), a qual pretende-se submeter à análise da pesquisa: investimentos e gastos (elevação dos níveis de serviços) em CCIs têm gerado desenvolvimento econômico e social para os usuários idosos dos centros, assim como para familiares, e de forma indireta para a comunidade local na qual estão inseridos.

Isso avaliado através de adaptação do Índice de Desenvolvimento Social proposto pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) apresentado por CCI pesquisado, na relação com os gastos/investimentos (variação dos níveis de oferta) na prestação dos serviços, contemplando um recorte temporal de 2014 a 2017, de forma a demonstrar a eficiência da gestão dos recursos e a evolução do Índice de Desenvolvimento Social de Oferta e de Resultados para os idosos nos CCI estudados, especialmente os que demonstraram os melhores índices supracitados.

Vale salientar que este modelo de análise do Índice de Desenvolvimento Social foi desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) para avaliação de desenvolvimento social dos municípios cearenses, inspirado nas “metas do milênio”, estabelecidas na Declaração do Milênio pela Assembleia das Nações Unidas em 08 de setembro de 2000, que se constitui num índice sintético para mensurar a inclusão social, sendo construído a partir de indicadores de oferta e de resultados de serviços públicos, apresentando-se como ferramenta que pode ser utilizada pelos gestores para tomadas de decisões quanto à racionalização de recursos e planejamento de ações públicas, desde que calculadas periodicamente, como forma de construção histórica de desempenho.

Na adaptação compreendeu-se as duas dimensões do modelo original, ou seja, a dimensão dos resultados (o que o governo pretende alcançar, as metas, mas que não consegue controlar) e a dimensão da oferta (o que o governo controla, os instrumentos ou programas) com base nas áreas prioritárias e mais utilizadas em mensuração de níveis de desenvolvimento social: educação, saúde, condições de moradia, e emprego e renda.

Os dados utilizados nos cálculos foram retirados das bases disponibilizadas no portal do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, atualmente transformado em Secretaria Especial do Desenvolvimento Social integrante do Ministério da Cidadania: Censo SUAS – Centros de Convivência (2014 a 2017); CadÚnico – bases famílias e pessoas (anos 2014 a 2017); Índice de Desenvolvimento dos CRAS (anos 2014 a 2017); e Rede SUAS – relatório de parcelas pagas.

Assim, para os Índices Sociais da Dimensão de Resultados (IDSR), calculados por:

$$IDSR = 0,25 \times (IDSR_{EDU} + IDSR_{SAÚ} + IDSR_{HAB} + IDSR_{EMPR}) \quad (I)$$

Onde convencionou-se a utilização dos seguintes indicadores:

- a) IDSR_{EDU} – Indicador Social de Resultado de Educação (indicador de 0 a 1, dado pelas taxas abaixo), média das taxas de alfabetização e escolarização:
- Taxa de alfabetização: se alfabetizado peso 1, caso seja não alfabetizado peso 0.
 - Taxa de escolarização - média ponderada dos indicadores:
 - *Taxa de escolarização no ensino fundamental I*: idosos que frequentaram até ensino fundamental I (da 1^a a 4^a série), peso 0,3;
 - *Taxa de escolarização no ensino fundamental II*: idosos que frequentaram até o ensino fundamental II (da 5^a a 8^a série), peso 0,5;
 - *Taxa de escolarização no ensino médio*: idosos que frequentaram até ensino médio, peso 0,8;
 - *Taxa de escolarização no ensino superior*: idosos que frequentaram até o ensino superior, peso 1;
 - *Escolarização inferior aos citados acima*: peso 0.
- b) IDSR_{SAÚ} – Indicador Social de Resultado da Saúde (indicador em taxa unitária de 0 a 1) dado pela:
- *Disponibilidade de serviço de atenção básica à saúde*: peso 1 para resposta existente e peso 0 para resposta inexistente.
- c) IDSR_{HAB} – Indicador Social de Resultado das Condições de Habitação (indicador de 0 a 1), dado pela média das taxas citadas abaixo:
- *Taxa de tipo de domicílio*: peso 1 para domicílio permanente, peso 0,5 se for domicílio coletivo, peso 0,3 para domicílio improvisado e peso 0 para outras situações.
 - *Taxa de domicílios urbanos com abastecimento de água encanada*: peso 1 para domicílio com abastecimento de água e peso 0 para situações de ausência de abastecimento.
 - *Tipo de abastecimento*: rede pública (peso 1), poço ou nascente (peso 0,5), cisterna (peso 0,3) e outros meios (peso 0).
 - *Existência de banheiros*: sim (peso 1) e não (peso 0).
 - *Sistema sanitário*: rede coletora (peso 1), fossa séptica (peso 0,8), fossa rudimentar (peso 0,3) e outras formas (peso 0).
 - *Destinação do lixo*: coleta pública (peso 1), coleta indireta (peso 0,5), queimado ou enterrado (peso 0,3) e outras formas (peso 0).
 - *Taxa de domicílios urbanos com energia elétrica*: ligação com medidor próprio (peso 1), medidor coletivo (peso 0,5), ligação elétrica sem medidor (peso 0,3) e outras formas de iluminação não elétrica (peso 0).
 - *Taxa de pavimentação / calçamento*: rua totalmente calçada (peso 1), calçamento parcial (peso 0,5) e ausência de calçamento na rua (peso 0).
- d) IDSR_{EMPR} – Indicador Social de Resultados em Emprego e Renda, indicador de 0 a 1, dado pela média dos dois indicadores a seguir:

- *Índice de empregabilidade*: idosos com atividade laboral remunerada, aposentadoria ou benefício de prestação continuada (peso 1), peso zero para os casos de não possuir aposentadoria, BPC ou outra atividade laboral remunerada;
- *Taxa de idosos com renda superior a 1,5 salário mínimo vigente ao ano investigado*: peso 1 (um) para os casos com renda igual ou superior ao indicado e peso 0 (zero) para os de valor inferior.

Os Índices Sociais da Dimensão da Oferta (IDSO) serão calculados por:

$$\text{IDSO} = 0,25 \times (\text{IDSO}_{\text{EDU}} + \text{IDSO}_{\text{SAÚ}} + \text{IDSO}_{\text{HAB}} + \text{IDSO}_{\text{EMPR}}) \quad (\text{II})$$

Onde:

- a) $\text{IDSO}_{\text{EDUC}}$ – Indicador de Desenvolvimento Social de Oferta em Educação (indicador de 0 a 1), dado pela média das três taxas seguintes:
- *Taxa de profissionais do centro de convivência com escolaridade de nível superior*, dada pelo número de profissionais com nível superior: sendo peso 0,0 para nenhum; peso 0,1 para 1 profissional; 0,2 para 2 profissionais; 0,3 para 3 profissionais; 0,4 para 4 profissionais; 0,5 para 5 profissionais; 1,0 para 6 ou mais profissionais com nível superior.
 - *Taxa de cursos ofertados pelos centros*, considerando-se palestras, oficinas e reforço escolar: pesos 0 (zero) para não existência dessa oferta, ou 1 (um) caso seja afirmativa a oferta.
 - *Taxa de aparelhamento*: Computadores – número de aparelhos de apoio educativo, sendo os pesos: 0 para nenhum aparelho; 0,3 para até 2 aparelhos; e 0,5 para 3 ou mais aparelhos. Existência de biblioteca – peso 0,5 para o caso de oferta e peso 0 para não oferta. Ao final realiza-se a soma dos pesos dos dois indicadores.
- b) $\text{IDSO}_{\text{SAÚ}}$ – Indicador Social de Oferta em Saúde (indicador de 0 a 1) dado pela média das três taxas:
- *Taxa de integração a outras políticas de saúde*: condição de estar integrada com outros serviços da área de saúde (terapia ocupacional, clínica psicológica, entre outros), sendo peso 1,0 para afirmativa a integração e peso 0,0 para casos negativos.
 - *Taxa de integração a políticas de esporte* – Está integrada a política de esporte (políticas específicas do esporte como "segundo tempo", "recreio nas férias", entre outras)? Em caso afirmativo, peso 1,0 e para negativo, peso 0,0.

- *Taxa de atividade física/recreativas*: peso 0 (zero) para não oferta e peso 1 (um) para registros de oferta de atividades recreativas/físicas.
- c) IDSO_{HAB} – Indicador Social de Oferta em Condições de Moradia (indicador 0 a 1):
- *Oferta de serviços de acolhimento* para idosos que não podem retornar imediatamente ao convívio familiar (peso 0 ou 1, para casos de não oferta e oferta, respectivamente).
- d) IDSO_{EMPR} – Indicador Social de Oferta em Emprego e Renda (pesos de 0 ou 1), dado pelo taxa abaixo:
- Taxa de vinculação ao Acessuas Trabalho¹ (peso 0 ou 1, para os casos de não oferta e de vinculação a esta política, respectivamente).

O valor de Índice de Desenvolvimento Social Geral (IDSG), por dimensão de oferta ou resultado, foi definido como sendo a média dos valores para cada grupo de idosos estudados por CCI ou CRAS.

Para os fins de acompanhamento gráfico da dinâmica do Índice de Desenvolvimento Social Geral (IDSG), ou média de IDSR ou IDSO por dimensão (resultado ou oferta), ao longo dos anos pesquisados, utilizou-se a classificação proposta pelo IPECE, considerando os seguintes intervalos por conceito: $0,000 \leq \text{IDS} < 0,300 \Rightarrow$ **ruim**; $0,300 \leq \text{IDS} < 0,500 \Rightarrow$ **regular**; $0,500 \leq \text{IDS} < 0,700 \Rightarrow$ **bom**; $0,700 \leq \text{IDS} \leq 1,000 \Rightarrow$ **ótimo**. Assim como também, o estabelecimento da classificação pelos valores advindos da estatística descritiva dos indicadores, como: **Bom** (valores que se apresentem maior que um desvio-padrão mais a média, ou seja $x > \mu + \sigma$); **Regular** (valores que se apresentem entre mais ou menos um desvio-padrão da média, $\mu + \sigma \geq x \geq \mu - \sigma$); e **Ruim** (valores que se apresentem abaixo da média menos um desvio-padrão, $x < \mu - \sigma$). A adoção de ambos os modelos se dá pela melhoria das condições do acompanhamento visual destes indicadores.

Complementarmente, na análise da dimensão econômica, utilizou-se o Índice de Gini e sua decomposição para análise da renda apropriada pelos idosos, por meio do estudo dos níveis de concentração de renda quanto aos seus fatores determinantes (localização ou centro de referência ao qual está vinculado, nível de escolaridade, sexo e faixa etária), assim como

¹ O Programa Acessuas Trabalho se propõe a desenvolver ações voltadas para a garantia de direitos e cidadania das pessoas em situação de vulnerabilidade e/ou risco social, a partir do acesso a serviços e da inclusão no mundo do trabalho. Para isso, as ações devem buscar a integração com a rede socioassistencial e outras políticas, e a promoção do desenvolvimento do protagonismo de seus usuários, a partir de atividades de empoderamento e resgate de autonomia, considerando as capacidades e potencialidades dos participantes (MDS, 2017, p. 18).

comparação e análise da relação dos níveis da distribuição de renda com os índices de desenvolvimento social encontrados para os anos pesquisados.

A H_1 (hipótese alternativa de negação de H_0) será considerada quando a correlação entre variações dos níveis de oferta/financiamento público e índices de desenvolvimento social de resultado forem negativos, e a média dos IDSOs calculados para a maioria dos CCIs estudados se puser na área de rejeição, ou seja, sejam valores menores que a média menos um desvio padrão (considerados como índices ruins) para comparação entre os CCIs, demonstrando que a tais indicadores apontam para uma insuficiência na capacidade de gerar desenvolvimento em relação ao conjunto dos aparelhos, ou pelo menos, que estejam em níveis insatisfatórios, de modo que os níveis de oferta de serviços não representem um padrão desejado.

Do exposto, sendo o estudo típico da área de Ciências Sociais, com características quantitativas dadas as evidências obtidas acerca do problema, e pela forma de mensuração de desenvolvimento social e econômico adotada, respalda-se a abordagem quantificadora, conforme explica Ramos (2013, p. 60):

A Ciência Social empírica que se utiliza de métodos quantitativos (estatística) está preocupada com resultados gerais e coletivos. Por exemplo: comparar médias entre grupos (uso da estatística descritiva); fazer uma análise de causa e efeito para determinar principais efeitos (exemplo: efeito da renda e da profissão dos pais no aproveitamento escolar das crianças).

A perspectiva qualitativa da pesquisa alinha-se ao fato de que em ciências sociais, como campo amplo e complexo de atuação, que possui especificidades que exigem modelo próprio para cada caso, não se pode apenas utilizar a pesquisa quantitativa para dar conta de todas as respostas aos problemas da vida social (GOLDENBERG, 2004, p. 16).

Ademais, para o sucesso neste tipo de pesquisa, devem existir características como:

[...] objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 32).

Nesta *práxis*, para a definição qualitativa, decidiu-se realizar uma aplicação variante do método de *process-tracing*, ou seja, do tipo *explaining outcomes processtracing* que objetiva construir uma explicação quanto a um resultado num caso específico (SILVA e CUNHA, 2014, p. 110).

Este método têm tido maior utilização em Ciências Sociais dentre as outras variações, sendo que o “método de construção da explicação dos resultados ou efeitos aponta para um

desenho de pesquisa reiterado que combina dialeticamente dedução e indução” (SILVA e CUNHA, 2014, p. 110).

O *Explaining outcomes processtracing* foi utilizado especialmente para atingimento do objetivo específico de analisar os aspectos de estrutura e de gestão, para identificar o perfil do modelo ou os traços de ações empregados sobre os objetos estudados, para inferência quanto aos resultados positivos da hipótese geral de que os centros de convivência para idosos causam desenvolvimento social e econômico, selecionando as observações que se destacam para a análise sistemática.

E assim, de forma a atender o principal objetivo do método de *processtracing*, demonstrar-se-á, qualitativamente, como se desenvolvem processos específicos, através dos mecanismos que conectam causa (investimentos e gastos com estilos, níveis de oferta de serviços/perfis de gestão) a efeito (desenvolvimento social e econômico) para com o ano 2017 e a situação atual, determinando e descrevendo a inferência causal a partir dos dados observados.

Com esta metodologia mista de abordagem quali-quantitativa, de objetivo descritivo, com levantamento documental e bibliográfico, numa perspectiva aplicada, pretendeu-se explicar em certo grau a influência dos CCIs sobre os níveis de desenvolvimento social e econômico dos usuários dos centros, assim como a apresentação gráfica dos índices e mapeamento da demanda conforme distribuição dos idosos nos bairros da capital.

Para tanto, o capítulo segundo tratará sobre o envelhecimento no Brasil e no mundo, e em especial na cidade de Teresina.

No terceiro capítulo será apresentado o aporte teórico referente à proteção social do idoso e os elementos físicos e informacionais da rede de proteção em saúde, segurança jurídica e assistência social básica, incluindo serviços de fortalecimento de vínculos, dentre os quais os CCIs em Teresina, contemplando mapeamento (com uso do *software* QGIS) da concentração de idosos por bairro e consequente análise quanto à localização dos CCIs conforme este critério.

No quarto capítulo, vislumbrar-se-á o alcance do objetivo principal: a análise da importância dos Centros de Convivência para idosos no município de Teresina e sua influência para o desenvolvimento local (social e econômico), relacionando indicadores de gastos (ou investimentos), níveis de índice de desenvolvimento social de oferta (IDSO), índices de desenvolvimento social de resultado (IDSR) e níveis de distribuição/concentração de renda dos idosos com uso de modelagem estatística, demonstrando a preponderância das variáveis IDSO na determinação dos níveis de desenvolvimento social representados pelas variações nos IDSR.

Ademais, apresentar-se-á uma análise das decisões e algumas ações quanto à estrutura física dos CCIs e organização das atividades para comparação destes com os resultados de desempenho encontrados, demonstrando os perfis ou modelos de gestão empregados para o alcance dos melhores resultados de desenvolvimento calculados.

Por fim, nas considerações finais serão expostos os principais resultados, apontando os desafios encontrados na execução da pesquisa e possíveis soluções de melhoria do ambiente informacional para pesquisas sobre envelhecimento humano, bem como proposição de sugestões para a gestão dos serviços na área de assistência social básica, em especial as realizadas pelo CCIs, de forma a tentar subsidiar e reforçar o interesse na produção de mecanismos para monitoramento de políticas públicas em prol do desenvolvimento social e econômico, em especial aquelas que são implementadas em âmbitos municipais, dada ao efetivo potencial de sensibilidade às demandas dos cidadãos.

2 O ENVELHECIMENTO

As sociedades pelo mundo estão passando por um processo demográfico que ao tempo em que revela um avanço humanitário, surge como um desafio que a humanidade precisa enfrentar para melhor readequação e usufruto: a longevidade vital (a velhice).

Tal fenômeno tem sido colocado como objeto de estudos em diversas áreas, de tal forma a compreendê-lo e a criar, desde de teorias profundas sobre todo o processo, até campos mais específicos como a elaboração de produtos, processos e demais tecnologias que venham a atender às necessidades advindas naturalmente como consequências do envelhecimento.

2.1 Conceituando o termo

É mister destacar, prefacial e epistemologicamente, a diferenciação dos termos envelhecimento humano e envelhecimento populacional.

Apreende-se que o envelhecimento humano é um processo natural da vida de qualquer indivíduo, contado primordialmente pelo decurso de tempo vivido, com seus efeitos ligados ao funcionamento e desgaste biológico, físico e psicossocial, ou seja, todas as pessoas que conseguem sobreviver às tribulações da vida em sociedade (violência, doenças etc.) propendem a experimentar tal envelhecimento, englobando inclusive a fase da “velhice” (idade avançada), como explica Neri (2001) *apud* Prado e Sayd, (2003, p. 493):

[...] o envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. É interessante notar que o processo de envelhecimento engloba a velhice que, distintamente, é definida em termos mais amplos: É a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva. À medida que o ciclo vital humano se alonga, a velhice passa a comportar subdivisões que atendem a necessidades organizacionais da ciência e da vida social.

Já o envelhecimento populacional decorre como discussão social que surge após as transformações e mudanças da sociedade em termos econômicos e culturais, que marcam os registros populacionais em uma proporção crescente, ou seja, uma parcela representativa de pessoas com idade superior a 60 (sessenta) anos no mundo, com seus níveis mensurados por meios de índice de envelhecimento, que dá a ideia da velocidade desse movimento demográfico.

[...] o envelhecimento populacional é um fenômeno coletivo de caráter histórico e estrutural, que chama a atenção pelo significativo aumento do número de idosos na população e pelo impacto que este incremento pode causar às diferentes esferas das relações humanas (PESSOA, 2009, p. 49).

Tais fenômenos, o envelhecimento humano e o populacional, podem receber diversas diferenciações, como a quanto ao tempo transcorrido, das quais ninguém pode desvencilhar-se, e também quanto a outros fatores, como condições econômicas, sociais, física e funcional, que podem muitas vezes adiantar ou retardar a velhice, e o envelhecimento populacional conforme nível sociocultural da comunidade em que as pessoas estejam inseridas.

Nessa perspectiva, o envelhecimento pode ser definido biologicamente, socialmente, intelectualmente, economicamente, funcionalmente e cronologicamente, e as desigualdades de condições levam às desigualdades do processo de envelhecimento (PASCHOAL, 1996), ou seja, as pessoas consideradas idosas de um país social e economicamente desenvolvido podem ter condições físicas e sociais bem mais vantajosas que as pessoas idosas em países com alta escala de desigualdade social, pobreza e outras vulnerabilidades.

Nesta linha, a Organização Mundial de Saúde classifica como idosos, nos países desenvolvidos, as pessoas com idade superior a 65 (sessenta e cinco) anos, enquanto que nos países subdesenvolvidos ou emergentes, pessoas com idade superior a 60 (sessenta) anos (CUNHA e SILVA, 2017, p. 299 – 300). Corroborando com essa concepção, Dawalibi *et al.* (2013, p. 394) explica que “o envelhecimento pode ser definido como um processo sociovital multifacetado ao longo de todo o curso da vida”.

Esse envelhecimento representa, em parte, o grau de desenvolvimento humano do século passado, quando se teve aumentada a expectativa de vida em diversas regiões do mundo, mas que também se transformou num enorme desafio a ser enfrentado pelos governos em nível global. Em vários locais do mundo discutem-se ações que impliquem melhoria na qualidade de vida humana, e em especial do idoso, pois é fato que idosos saudáveis são recursos para a família, para a comunidade e para a economia.

Biologicamente o envelhecimento é supra representado pela corrente que defende que tal fenômeno ocorre naturalmente por meio da deterioração do corpo, decréscimo funcional, comprometimento das capacidades de transformação e sintetização de recursos químicos para a manutenção dos sistemas vitais, pois “na base da rejeição ou da exaltação acrítica da velhice, existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência” (SCHNEIDER e IRIGARACY, 2008, p. 586).

Ocorre que, apesar desses estudos sobre envelhecimento terem ajudado principalmente as ciências médicas em criar modelos de tratamento, medicamentos e outros produtos para combater esta degradação natural do corpo, assim como evitar e controlar doenças comuns de ocorrerem nesta fase da vida, outros estudos mais ligados às pesquisas psicossociais, sociológicas e antropológicas, enfrentam em suas correntes a ideia negativa friamente atribuída

à velhice, como os que “inconformados com a esta visão pessimista do envelhecimento e da velhice, estimularam a ampliação das discussões científicas sobre o tema” (PESSOA, 2009, p. 29), perpassando assim os limites apresentados pelas áreas das Ciências Biológicas, seguindo-se também para uma compreensão de interesse das Ciências Sociais.

Assim, a Gerontologia vem estabilizando-se como ciência, embora ainda um pouco desordenada, enfrentando obstáculos conceituais e de desenvolvimento.

Não há uma teoria unificadora sobre nada na velhice. Há mil modelos, muita gente falando a mesma coisa com termos diferentes, estes são obstáculos; no domínio científico, são os mais sérios para a constituição da gerontologia como um corpo organizado de conhecimento. Mas é uma questão de desenvolvimento, pois ela é nova ainda (PRADO e SAYD, 2006, p. 492).

Na Gerontologia têm-se então dois conceitos em uso e de aplicações distintas – “o envelhecimento, definido em termos biológicos, e a velhice, delimitada por eventos de natureza múltipla” (PRADO e SAYD, 2006, p. 493), sendo os dois termos bastante flutuantes, visto ter-se que considerar a dinâmica de influências de diversos fatores, desde os ligados à genética, doenças e outros do tipo biológico, até as variáveis de influência do meio social no qual se inserem.

Na área da Psicologia, as teorias tem-se desenvolvido em prol da condição de associação positiva entre velhice e desenvolvimento, quando, mesmo considerando perdas biológicas, o processo de desenvolvimento psicológico e social pode e deve permanecer crescente na fase da velhice, incorporando sentidos ligados à aquisição de experiências, novos conhecimentos, sentimentos fraternos e de solidariedade, com efeito de cumprimento da missão social enquanto membro da família, ou seja, colocando o idoso como protagonista na construção social do mundo moderno.

No campo sociológico, as teorias sobre envelhecimento marcam desenvolvimento no período de 1940 a 1980, que impulsionaram as pesquisas em Gerontologia, e mesmo apesar de terem sido desenvolvidas há tanto tempo, ainda hoje são bastante aplicadas em trabalhos práticos com pessoas. Esses estudos em Sociologia são marcados pelo surgimento e desenvolvimento de três grandes teorias sociológicas que se referem especificamente ao envelhecimento: a teoria da atividade; a teoria do desengajamento; e a teoria da modernização (DOLL *et al.*, 2007, p.01).

A teoria da atividade desenvolveu-se inicialmente por volta de 1940, e foi criada por Havighurst quando publicou, em 1953, o livro *Developmental Tasks and Education* (SCHROOTS, 1996; LEHR, 2000 *apud* DOLL *et al.*, 2007, p. 09). Neste modelo, o autor propunha um conceito de tarefas desenvolvimentais, as quais são realizadas durante o decurso

de vida dos indivíduos numa perspectiva *life span*, isto é, “vida útil”. Essas tarefas deveriam ser necessariamente desenvolvidas cada qual a seu tempo, objetivando que o indivíduo tivesse felicidade e sucesso nas tarefas posteriores. Caso não sejam realizadas a seu tempo e com êxito, ocorrerá um processo de negatividade e reprovação pelos demais integrantes do grupo social. Nesta corrente, “todas essas tarefas possuem bases biológicas (maturação física), psicológicas (aspirações e valores) e culturais (expectativas da sociedade)” (DOLL *et al.*, 2007, p. 09).

É o que se pode considerar, na vida moderna, como as etapas de desenvolvimento muito utilizadas na área educacional, a exemplo, a fase de alfabetização e de ensino básico, desenvolvidas na fase etária de 03 (três) aos 10 (dez) anos de idade, sendo este conhecimento base fundamental para o desenvolvimento e prosseguimento educacional do indivíduo. Na fase adulta, a atuação profissional e a acumulação de recursos, assim como a comunhão conjugal e a procriação, são as *práxis* empenhadas pelos humanos para lhes darem maior segurança na idade avançada, quando lhes estiverem reduzidas suas capacidades.

Na década de 1960, o mesmo autor, Havighurst, em complementação à sua teoria, desenvolveu o conceito de “envelhecimento bem sucedido” ou “*successful aging*”, que em síntese significa a manutenção das capacidades e atividades iniciadas e desenvolvidas a partir da meia idade pelo maior tempo possível, engajando socialmente a pessoa idosa de forma positiva na sociedade por mais tempo (HAVIGHURST, 1961 *apud* DOLL *et al.*, 2007, p. 09).

Este pensamento se opunha ao da teoria do desengajamento, desenvolvida por Cumming e Henry, publicada inicialmente no livro *Growing Old* em 1961, e que se refere ao sucesso da velhice, quando o indivíduo, por seu próprio desejo, se afasta naturalmente das atividades sociais, como o que se entenderia hoje, como um título de retribuição de seu trabalho e momento para descanso e desfrute de seu tempo restante de vida da forma que lhe convier:

A teoria do desengajamento questionou quase todos os pressupostos gerontológicos sobre os desejos das pessoas idosas em relação ao trabalho, ao afirmar que as pessoas idosas desejam reduzir seus contatos sociais, e que com isso se sentem mais felizes e contentes. A atividade continuada, um valor da meia idade, é questionada como um valor necessário para os idosos, pois isso leva em algum momento no processo do envelhecimento a um conflito entre a continuidade da atividade e da expansão, de um lado, e o enfrentamento subliminar com o final da vida, de outro lado. Cumming e Henry (1961) põem em dúvida a contribuição à satisfação das pessoas idosas ao “possuírem uma função” e “serem úteis” (LEHR; THOMAE, 2003 *apud* DOLL *et al.*, 2007, p. 14).

Por fim, a teoria sociológica do envelhecimento chamada de “teoria da modernização”, desenvolve-se em torno do conceito de modernização, ou seja, da transformação social, das mudanças nos estilos de vida baseada em baixa tecnologia, como o uso de tração animal, e predominantemente rural para o modo de vida pós industrial, com o uso de inventos utilizados na vida urbana, com fontes de energia diferentes, como as extraídas de fenômenos físicos

(hidrelétricas, termelétricas, vapor etc.), isto é, num estilo de vida desenvolvido tecnologicamente.

Assim, dentro desta ideia de progresso, têm-se a longevidade, a diminuição da mortalidade e a necessária recolocação social dos indivíduos. Nesta recolocação, os idosos têm enfrentado desafios principalmente em países onde o culto à juventude é mais evidente, enquanto que é bem mais fácil e até prestigiosa em países onde a hierarquia familiar é respeitada, e os idosos são tidos como exemplos e até assumem cargos de elevada importância social.

Nessa perspectiva, podem-se listar itens que relacionam velhice e modernização:

1. O conceito de velhice é relativo em relação ao grau de modernização; uma pessoa é classificada como “velha” em uma idade cronológica mais jovem em uma sociedade primitiva do que em uma sociedade moderna. 2. Velhice é identificada a partir da idade cronológica principalmente em sociedades modernas; em outras sociedades, a entrada da velhice é mais vinculada a eventos como sucessão na posição do mais velho ou tornar-se avó. 3. Longevidade é direta e significativamente relacionada ao grau de modernização. 4. Sociedades modernas possuem uma população mais velha, o que significa uma proporção maior de pessoas idosas. 5. Sociedades modernas possuem uma proporção mais alta de mulheres e especialmente de viúvas. 6. Sociedades modernas possuem uma proporção maior de pessoas que chegam a ser avôs ou mesmo tataravôs. 7. O status de pessoas idosas é alto em sociedades primitivas e mais baixo e mais ambíguo em sociedades modernas. 8. Em sociedades primitivas, pessoas idosas tendem a ocupar posições de poder político e econômico, mas em sociedades modernas, este poder é possuído somente por poucos. [...] 16. Aposentadoria é uma invenção moderna; ela é encontrada principalmente em sociedades modernas de alta produtividade. [...] 18. Com a modernização, a responsabilidade de providenciar segurança econômica para idosos dependentes se transfere da família para o Estado. 19. A proporção de idosos que conseguem manter papéis de liderança diminui com a modernização. 20. Em sociedades primitivas, os papéis das viúvas tendem de ser claramente definidos, mas as prescrições para o papel de viúva diminuem com a modernização; o papel da viúva em sociedades modernas tende a ser mais flexível e ambivalente. [...] 22. Afastamento (desengajamento) não é uma característica do idoso em sociedades primitivas ou agrárias, mas uma crescente tendência de afastamento (desengajamento) parece acompanhar a modernização (COWGILL, 1986 *apud* DOLL *et al.*, 2007, p. 25).

Assim, considerando essas conceituações e outras desenvolvidas em distintos campos científicos, para ciências do campo social, como é o caso da Gestão Pública, entende-se que a velhice e o envelhecimento populacional se apresentam de formas multifacetadas, não sendo possível avaliar o envelhecimento e a velhice apenas considerando aspectos cronológicos, mas também o contexto social em que a pessoa está inserida.

2.2 Dados sobre o envelhecimento no Brasil e no mundo

A Declaração de Brasília sobre o Envelhecimento da CEPAL (2007, p. 01), em seu terceiro parágrafo destaca que: “são deveres e responsabilidade dos governos, de acordo com

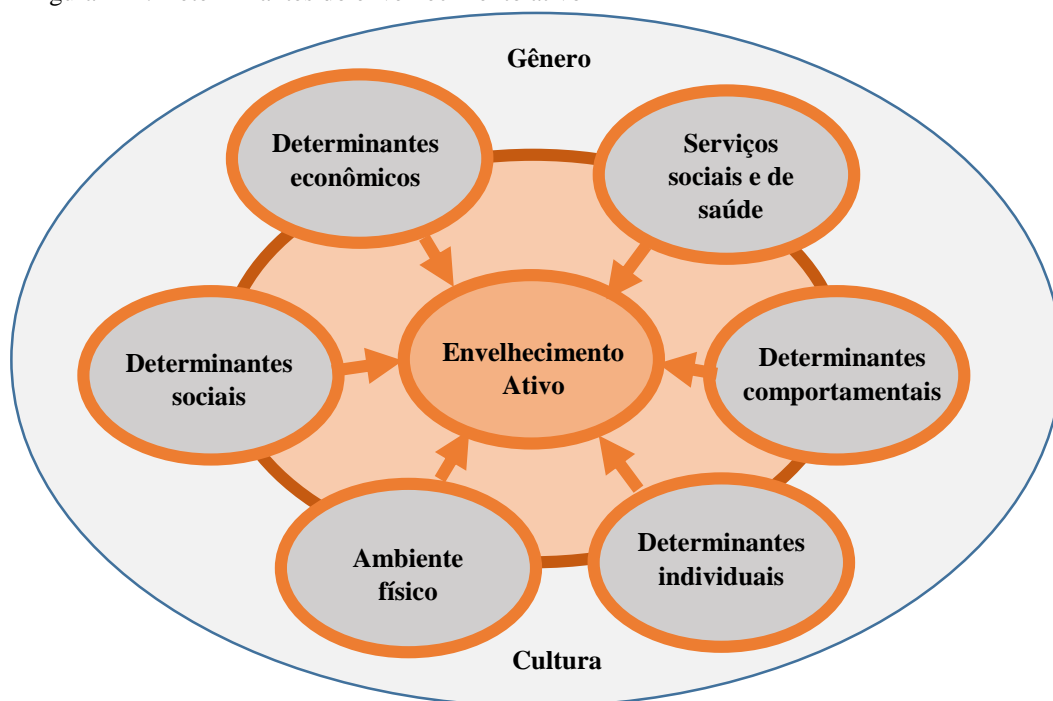
seus marcos jurídicos, de promover e prestar os serviços sociais e de saúde básicos e de facilitar o acesso a eles, levando em conta as necessidades específicas das pessoas idosas”.

Nesse sentido, o Estado, como promotor do bem estar social, deve procurar formas, por meios de políticas públicas, de promover a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos e da população em geral.

O conceito de qualidade de vida relaciona-se à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma grande gama de aspectos, tais como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive (VECCHIA *et. al.*, 2005 *apud* DAWALIBI *et. al.* 2013, p. 394).

No mundo, tem-se discutido muito sobre um conceito de “envelhecimento ativo”, o qual é entendido geralmente como um processo de otimização das condições de saúde, participação e segurança, melhorando a vida das pessoas à medida em que envelhecem, discutindo-se sobre: a consideração das pessoas idosas como uma fonte de recursos e capacidades; a antecipação de respostas às necessidades advindas do envelhecimento; o respeito às decisões de estilo de vida dos idosos; a proteção aos vulneráveis; a promoção da inclusão; e a contribuição dos idosos para aspectos da vida comunitária (OMS, 2008, p. 05). Dessa forma, para o envelhecimento ativo, colocam-se em proa diversas determinantes sejam de ordem social e material, como se demonstra na figura nº 1 a seguir:

Figura nº 1: Determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: OMS (2008, p. 05).

As determinantes se arranjam em um sistema interativo que estabelece a dinâmica de envelhecimento ativo. Como se pode observar, a cultura onde se inserem, em muito dirige o sistema. Apesar de se apresentarem sinteticamente, não se resumem apenas aos fatores expressos, existindo às vezes fatores determinantes transversais que promovem ou não o envelhecimento ativo.

A transversalidade entre cultura e gênero traz à tona, em muitas nações, a separação de papéis entre homens e mulheres, tendo as mulheres adultas, em muitos casos, um *status* inferior, subjugadas em termos de alimentação, de educação, de trabalho significativo, de saúde e de participação política, atribuindo-se às mulheres o papel fundamental de cuidadora do lar, da família e dos serviços domésticos, colocando-as em uma posição de maior risco social e mesmo afetando negativamente a economia. De outra forma, os homens estão mais propensos a efeitos da violência, a riscos ocupacionais, a riscos do tabagismo e do alcoolismo, e ainda, ao suicídio (OMS, 2005, p. 20).

A OMS (2005) explica que os determinantes dos serviços sociais e de saúde devem promover uma atenção pautada na prevenção de doenças, promoção da saúde e saúde curativa de forma equitativa, numa perspectiva de longo prazo, integradas, eficientes quanto ao uso de recursos e eficazes em seus resultados, além de prestarem efetividade à comunidade como um todo.

À medida que a população envelhece, a demanda por medicamentos que retardem e tratem doenças crônicas, aliviem a dor e melhorem a qualidade de vida irá continuar a aumentar. Esta situação demanda um esforço renovado para garantir o acesso aos medicamentos essenciais e seguros e a utilização adequada e custo-eficaz das drogas atuais e novas. A parceria neste esforço precisa incluir governos, profissionais da saúde, indústria farmacêutica, terapeutas tradicionais, empresas e organizações que representam os idosos (OMS, 2005, p. 22).

Sobre os determinantes comportamentais, dentre os quais a “adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida” (OMS, 2005, p. 22), como o abandono do tabagismo e do alcoolismo, a prática regular de atividades físicas, o uso de alimentos saudáveis, o uso adequado de medicamentos que previnam contra doenças e deterioração das capacidades físicas, com vistas à promoção de uma longevidade saudável pelo máximo de tempo possível.

No campo dos determinantes individuais estão os fatores biológicos, como a genética, que se relaciona com os determinantes ligados ao ambiente físico (moradia, segurança, alimentação, saneamento), aos determinantes sociais (apoio social, violência, maus tratos, educação, trabalho etc.) e a fatores psicológicos, os quais o indivíduo é exposto durante sua vida, graduando o envelhecimento de forma particular para cada pessoa. Nesse sentido, “os

genes podem estar envolvidos na etiologia de doenças, entretanto, a causa de muitas é mais ambiental e externa do que genética e interna” (OMS, 2005, p. 26).

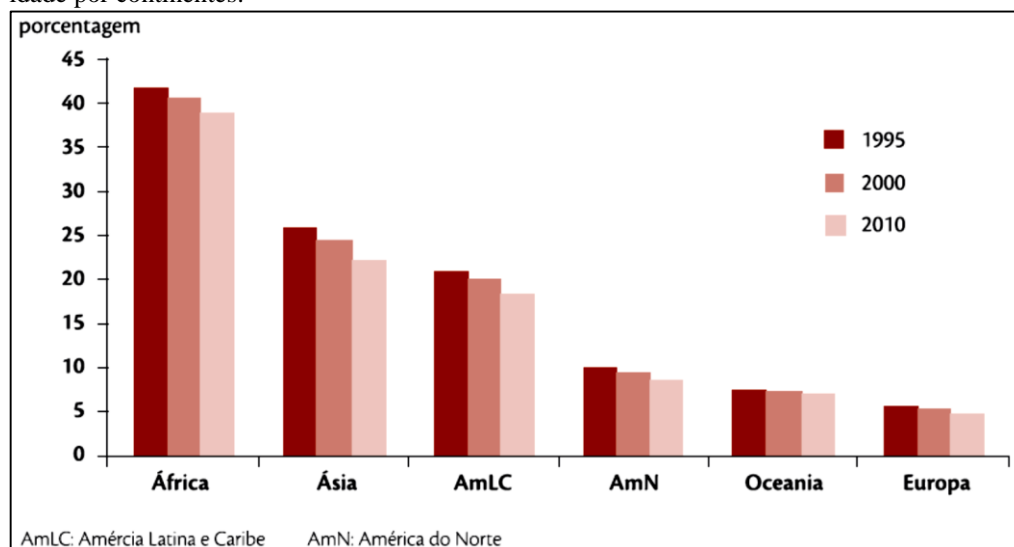
Os determinantes econômicos se coadunam em três pilares: trabalho, renda e proteção social. Sobre a renda, esta é crucial para os devidos cuidados, tratamento de saúde, e outros custeios que são típicos na idade mais elevada. Sendo de extrema importância para todas as fases da vida, é sabido que a baixa renda influencia fortemente para uma redução das capacidades sociais de acesso a consumo de bens e serviços no mercado privado, fazendo existir uma forte dependência do sistema assistencial do estado.

Já sobre o trabalho, existem dilemas dentre os quais o de que a pessoa idosa não está mais fisicamente apta ao desenvolvimento laboral, atrelada à baixa oferta de emprego, em que as poucas vagas são destinadas a pessoas mais jovens em detrimento das mais anciãs. Mas, de fato, não se pode negar a participação econômica dos idosos, principalmente quanto aos benefícios de aposentaria que entram na economia familiar e da comunidade, em consumo dos mais variados tipos possíveis, assim como nas atividades domésticas como cuidadores de lar, muitas vezes realizadas pelos idosos.

Quanto à proteção social, os governos desenvolvem serviços de proteção, criando normas, políticas e leis que visam proteger e afastar a vulnerabilidade dos idosos mais carentes.

Em um contexto onde as nações enfrentam o problema do custeio previdenciário, dado o processo de envelhecimento populacional, a participação econômica das pessoas idosas deve ser considerada e estudada com cuidado, devido à sua representatividade na economia, como pode ser observada no gráfico nº 1 a seguir:

Gráfico nº 1: Porcentagem da participação na força de trabalho por indivíduos com 65 anos ou mais de idade por continentes:



Fonte: Organização Internacional do Trabalho - OIT (OMS, 2005, p. 32).

Como se observa no gráfico nº 1, o continente Africano apresenta uma importantíssima participação dos idosos (acima de sessenta e cinco anos de idade) na composição da força de trabalho, ultrapassando em 1995 a margem dos 40% (quarenta por cento), diminuindo sensivelmente em 2010 para 38% (trinta e oito por cento) aproximadamente. Isso demonstra que o envelhecimento populacional da África vem acompanhado de um problema da redução da população em idade “economicamente ativa”, ou seja, um elevado grau de mortalidade de crianças e pessoas jovens, em muito explicada pelas epidemias pertinazes, como as que acometem a população da África Subsaariana, que:

[...] continua a apresentar elevados índices de mortalidade infantil e materna e de doenças infecciosas, que demonstram e contribuem para o baixo índice de desenvolvimento humano. Ainda, mais de 50% de seus habitantes sofrem de doenças evitáveis provenientes da má qualidade da água, como a cólera e diarreia infantil. Como consequência, a cada 30 segundos, um óbito infantil é registrado devido à malária (ANDRADE, *et al.*, 2012, p. 417 *apud* MITANO *et al.*, 2016, p. 902).

Assim, como explica a OMS (2005, p. 32), “nos países menos desenvolvidos os idosos tendem a se manter economicamente ativos pela necessidade”. Além disso, a industrialização e a adoção de novas tecnologias nos meios de produção ameaçam o trabalho tradicional de pessoas idosas (OMS, 2005, p. 32).

No Brasil e em outros países em desenvolvimento, tem-se observado que, em muitos lares, esses idosos são os provedores dos recursos de manutenção da família, como demonstra a representação das aposentadorias na composição do rendimento médio mensal real domiciliar *per capita* brasileira, que segundo o tipo de rendimento para o ano 2017, gira em torno de 19,4% (dezenove vírgula quatro por cento) (IBGE, 2018).

Como demonstrado no gráfico nº 1, a população idosa (acima de 65 anos de idade) europeia é a que tem menos representação na força de trabalho, algo em torno de 7% (sete por cento) a 9% (nove por cento), demonstrando que este continente vem dando oportunidade aos idosos de aproveitarem a idade avançada com maior qualidade e reconhecimento pelo trabalho já realizado durante a vida em “idade economicamente ativa”.

É evidente o envelhecimento populacional brasileiro, que pode ser observado claramente através de simples análise da população nas guias de consulta do IBGE, entre os anos de 1940 a 2000, comparativamente, como demonstrado nas tabelas nº 1 e 2 a seguir:

Tabela nº 1: População presente, por grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 1940

Grandes Regiões da Federação	População presente, por grupos de idade				
	Total				
	Total	De 0 a 14 anos	De 15 a 59 anos	De 60 anos ou mais	Sem declaração

Continua...

Continuação da tabela nº 1: População presente, por grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 1940

Brasil	41 169 321	17 666 151	21 796 846	1 674 185	32 139
Norte	1 632 917	689 489	885 904	55 165	2 359
Nordeste	14 434 080	6 243 265	7 558 753	625 454	6 608
Sudeste	18 278 837	7 739 729	9 786 731	733 896	18 481
Sul	5 735 305	2 509 995	2 994 518	226 801	3 991
Centro-Oeste	1 088 182	483 673	570 940	32 869	700

Fonte: IBGE, 1940.

Tabela nº 2: População residente, por grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2000

Grandes Regiões da Federação	População residente por sexo e grupos de idade			
	Total			
	Total	De 0 a 14 anos	De 15 a 59 anos	De 60 anos ou mais
Brasil	169 799 170	50 266 122	104 997 019	14 536 029
Norte	12 900 704	4 802 090	7 391 543	707 071
Nordeste	47 741 711	15 742 725	27 978 129	4 020 857
Sudeste	72 412 411	19 327 902	46 351 621	6 732 888
Sul	25 107 616	6 911 340	15 890 928	2 305 348
Centro-Oeste	11 636 728	3 482 065	7 384 798	769 865

Fonte: IBGE, 2000.

Verifica-se, em termos relativos, que a população brasileira no geral cresceu 312,44% (trezentos e doze vírgula quarenta e quatro por cento) nos sessenta anos da análise; no número de idosos do país, é possível verificar o aumento na faixa de 768,24% (setecentos e sessenta e oito vírgula vinte e quatro por cento) para os 60 (sessenta) anos em exame; na Região Nordeste, a população cresceu 230,75% (duzentos e trinta vírgula setenta e cinco por cento), enquanto que o número de idosos cresceu 542,87% (quinhentos e quarenta e dois vírgula oitenta e sete por cento) nos 60 (sessenta) anos, sendo essa região a segunda maior em termos populacionais e envelhecimento.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2013), a expectativa de vida dos brasileiros passou para a margem de 74 (setenta e quatro) anos, sendo que as pessoas do sexo feminino possuem a maior expectativa, que é de 77,7 (setenta e sete vírgula sete) anos de idade, enquanto que as do sexo masculino possuem expectativa média de 70,6 (setenta vírgula seis) anos.

Tal feito representa uma conquista social, pois é fruto de uma melhoria das condições de vida do brasileiro, principalmente representado pela ampliação do alcance aos serviços médicos preventivos e demais avanços da tecnologia médica, dentre outros.

2.3 O envelhecimento em Teresina

O município de Teresina tem sua origem como fruto de interesses políticos e econômicos, com raízes na Barra do Poti, uma antiga colônia de pescadores, agricultores de mandioca e tabaco, tendo sido instituída como cidade quando a sede administrativa do Piauí, que era estabelecida anteriormente na Vila da Mocha (atualmente cidade de Oeiras) foi transferida para a Vila do Poti (agora denominada de cidade de Teresina), pelo fato da Vila da Mocha, antiga sede, ser situada em região remota no semiárido, muito longe do Rio Parnaíba, que era o principal meio de transporte e escoamento da produção piauiense até então. Desta maneira, a Vila foi construída com o aporte de um canal de estradas que ligava Oeiras a Vila do Poti, interligando as duas Vilas, tendo a Vila do Poti posição privilegiada entre rios (SEMPLAN, 2018).

Com essas concepções políticas, José Antônio Saraiva, então Presidente da Província do Piauí, emitiu a Resolução nº 315, de julho de 1852, instituindo formalmente a cidade de nome Teresina, em homenagem e retribuição à Imperatriz Teresa Cristina Maria de Bourbon, que o apoiou na transferência da sede administrativa. Os moradores da então cidade receberam a instrução para que as construções da cidade fossem realizadas conforme um planejamento geométrico então estabelecido (GANDARA, 2011).

Teresina é banhada por dois rios caudalosos e perenes, rios Parnaíba e Poti. O primeiro com nascente na Chapada das Mangabeiras, no extremo sul piauiense, correndo até o mar Atlântico, separando os estados do Piauí e Maranhão; e o segundo nasce no estado do Ceará e deságua no rio Parnaíba, exatamente na região norte da capital teresinense.

A cidade de Teresina possui área territorial de 1.392km², tem divisas com outras 10 (dez) cidades piauienses e um município do Maranhão. Ao norte faz fronteira com União e José de Freitas; ao sul, com Palmeirais, Monsenhor Gil, Nazária, Demerval Lobão e Currálinhos; a leste, com Altos, Lagoa do Piauí e Pau D'Arco do Piauí; e a oeste com Timon (MA) (TERESINA/SEDET, 2017, p. 17).

Culturalmente a cidade é marcada por hábitos e manifestações ligadas aos indígenas, principalmente pelos hábitos alimentares e artes manuais, assim como também pela musicalidade e danças africanas, e também pelas raízes culturais de seus colonizadores, grandes criadores de gado (TERESINA/SEDET, 2017, p. 18).

Por números de expressão econômica, atualmente Teresina aparece como o primeiro colocado, dos 224 (duzentos e vinte quatro) municípios do estado do Piauí, em termos de Produto Interno Bruto-PIB. Em 2010 obteve PIB no montante de R\$ 11,4 (onze vírgula quatro) bilhões de reais, sendo PIB per capita anual de R\$ 13.800,00 (treze mil e oitocentos reais), e renda média mensal de R\$ 2.130,00 (dois mil cento e trinta reais) por habitante, com 289

(duzentos e oitenta e nove) mil empregos, taxa de exportação na faixa de USD 3,04 (três vírgula zero quatro) milhões de dólares e taxa de importação na faixa de USD 62,4 (sessenta e dois vírgula quatro) milhões de dólares, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH/2010) de 0,75 (zero vírgula setenta e cinco) ponto, população contabilizada de 814.000 (oitocentos e catorze mil) habitantes, e uma expectativa de vida de 74,2 (setenta e quatro vírgula dois) anos (IBGE, 2010).

Sobre o envelhecimento populacional de Teresina, é possível observar em 20 (vinte) anos um aumento da população em torno de 35% (trinta e cinco por cento), e uma crescente considerável da população idosa na ordem de 133,64% (cento e trinta e três vírgula sessenta e quatro por cento), caracterizando o envelhecimento da população como demonstra a tabela nº 3 abaixo, construída com base nos Censos de 1991, 2000 e 2010.

Tabela nº 3: Teresina – População por faixa etária – 1991 a 2010

Faixa Etária	Ano 1991		Ano 2000		Ano 2010	
	Nº Pessoas	%	Nº Pessoas	%	Nº Pessoas	%
0 a 14	226.717	37,83%	216.775	30,30%	191.538	23,52%
15 a 29	187.257	31,25%	228.178	31,90%	245.035	30,09%
30 a 49	127.620	21,30%	182.867	25,56%	236.801	29,08%
50 a 59	28.094	4,69%	43.104	6,03%	71.734	8,81%
Acima de 60	29.584	4,94%	44.436	6,21%	69.122	8,49%
Total	599.272	100%	715.360	100%	814.230	100%

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos censos demográficos realizados pelo IBGE nos anos 1991, 2000 e 2010.

Quanto aos bairros da capital, tem-se um maior registro de pessoas com idade superior a 60 (sessenta) anos de idade no bairro chamado de Grande Itararé (Dirceu), que conforme o IBGE (2010) apresenta cerca de 4.050 (quatro mil e cinquenta) pessoas nesta faixa de idade, seguido do bairro Centro, com 2.436 (dois mil quatrocentos e trinta e seis) idosos, e em terceiro lugar o bairro Mocambinho, com 1.952 (um mil novecentos e cinquenta e dois) idosos, como é demonstrado na tabela nº 4 a seguir:

Tabela nº 4: Teresina – População residente por bairros e por grupos de idade (maior que 60 anos de idade) - 2010

Ordem	Bairros	Total da população	GRUPOS DE IDADE			% IDOSOS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO TOTAL
			60 a 69 anos	70 anos ou mais	Total de idosos	
1.	Itararé	37443	2365	1685	4050	10,82%
2.	Centro	12180	958	1478	2436	20,00%
3.	Mocambinho	28385	1153	799	1952	6,88%
4.	Cidade Industrial	32685	1006	725	1731	5,30%
5.	Parque Piauí	11307	905	773	1678	14,84%

Continua...

Continuação da tabela nº Tabela nº 4: Teresina - População residente por bairros e por grupos de idade (maior que 60 anos de idade) – 2010

6.	Promorar	18988	969	701	1670	8,80%
7.	Lourival Parente	14753	855	659	1514	10,26%
8.	Monte Castelo	10981	684	778	1462	13,31%
9.	Angelim	27743	784	579	1363	4,91%
10.	Saci	8190	804	451	1255	15,32%
11.	Fátima	8349	676	494	1170	14,01%
12.	Primavera	9102	635	498	1133	12,45%
13.	Santo Antônio	21879	666	465	1131	5,17%
14.	Bela Vista	12999	688	435	1123	8,64%
15.	Aeroporto	7567	506	578	1084	14,33%
16.	Três Andares	12739	594	474	1068	8,38%
17.	São João	8362	631	419	1050	12,56%
18.	Vale Quem Tem	20106	633	408	1041	5,18%
19.	São Cristóvão	6592	590	432	1022	15,50%
20.	Água Mineral	12106	601	417	1018	8,41%
21.	Parque Ideal	12440	560	396	956	7,68%
22.	Esplanada	18393	589	365	954	5,19%
23.	Satélite	11606	550	399	949	8,18%
24.	São Pedro	8780	517	415	932	10,62%
25.	Vermelha	5659	423	489	912	16,12%
26.	Cristo Rei	8474	533	350	883	10,42%
27.	Jóquei	5967	473	328	801	13,42%
28.	Ininga	8099	475	285	760	9,38%
29.	Piçarreira	7381	403	334	737	9,99%
30.	Buenos Aires	7308	424	299	723	9,89%
31.	Macaúba	5925	366	351	717	12,10%
32.	Ilhotas	6956	379	335	714	10,26%
33.	Renascença	12685	410	299	709	5,59%
34.	Marquês	3865	290	390	680	17,59%
35.	São Joaquim	10558	400	268	668	6,33%
36.	Mafrense	6492	366	296	662	10,20%
37.	Pedra Mole	10528	372	278	650	6,17%
38.	Novo Horizonte	10711	399	249	648	6,05%
39.	Nossa Senhora das Graças	3964	268	379	647	16,32%
40.	Gurupi	13724	424	197	621	4,52%
41.	Santa Cruz	10181	349	269	618	6,07%
42.	Memorare	5667	322	262	584	10,31%
43.	Horto	5889	361	222	583	9,90%
44.	Morada do Sol	5496	396	176	572	10,41%
45.	Alvorada	5387	287	245	532	9,88%
46.	Real Copagre	5804	295	237	532	9,17%
47.	Vila Operária	3173	238	289	527	16,61%
48.	Planalto	5543	321	204	525	9,47%
49.	Nova Brasília	6780	285	205	490	7,23%

Continua...

Continuação da tabela nº Tabela nº 4: Teresina - População residente por bairros e por grupos de idade (maior que 60 anos de idade) - 2010

50.	Piçarra	3662	219	270	489	13,35%
51.	Mafuá	2861	223	256	479	16,74%
52.	São Sebastião	11662	272	200	472	4,05%
53.	Cabral	3236	247	224	471	14,56%
54.	Alto Alegre	5389	284	185	469	8,70%
55.	Matadouro	5530	259	208	467	8,44%
56.	Matinha	3129	206	221	427	13,65%
57.	Bom Jesus	3606	256	170	426	11,81%
58.	Verde Lar	11095	226	193	419	3,78%
59.	Morro da Esperança	3344	196	201	397	11,87%
60.	Noivos	3734	222	168	390	10,44%
61.	Tabuleta	3271	204	169	373	11,40%
62.	Pirajá	2898	203	167	370	12,77%
63.	São Francisco	5453	193	170	363	6,66%
64.	Por Enquanto	2285	200	159	359	15,71%
65.	Santa Isabel	6675	226	130	356	5,33%
66.	Frei Serafim	2562	166	184	350	13,66%
67.	Porto do Centro	6805	200	150	350	5,14%
68.	Tabajaras	6871	181	163	344	5,01%
69.	Samapi	10772	214	124	338	3,14%
70.	Colorado	7062	204	131	335	4,74%
71.	Poti Velho	3730	167	164	331	8,87%
72.	Cidade Nova	3336	191	138	329	9,86%
73.	Morada Nova	6104	184	142	326	5,34%
74.	Extrema	5761	177	146	323	5,61%
75.	Acarapé	3018	178	123	301	9,97%
76.	Pio XII	2395	147	121	268	11,19%
77.	Redenção	3248	153	113	266	8,19%
78.	Distrito Industrial	4780	144	94	238	4,98%
79.	Campestre	4420	148	82	230	5,20%
80.	Uruguai	4776	147	81	228	4,77%
81.	Itaperu	2166	117	88	205	9,46%
82.	Brasilar	2742	128	70	198	7,22%
83.	Santa Rosa	4878	117	78	195	4,00%
84.	Tancredo Neves	3374	121	74	195	5,78%
85.	Aroeiras	4577	107	82	189	4,13%
86.	Parque Poti	4624	108	81	189	4,09%
87.	Todos os Santos	1533	98	73	171	11,15%
88.	Socopo	1892	71	80	151	7,98%
89.	Beira Rio	2890	90	42	132	4,57%
90.	Bom Princípio	2654	61	61	122	4,60%
91.	Parque São João	2765	70	51	121	4,38%
92.	Areias	3024	78	40	118	3,90%
93.	Redonda	3229	68	49	117	3,62%

Continua...

Continuação da tabela nº Tabela nº 4: Teresina - População residente por bairros e por grupos de idade (maior que 60 anos de idade) - 2010

94.	Catarina	1771	61	48	109	6,15%
95.	Verdecap	1612	67	40	107	6,64%
96.	Morros	1166	53	40	93	7,98%
97.	Comprida	1672	57	29	86	5,14%
98.	Santa Lia	2091	53	33	86	4,11%
99.	Recanto das Palmeiras	989	49	30	79	7,99%
100.	Zoobotânico	316	34	44	78	24,68%
101.	Olarias	1561	43	26	69	4,42%
102.	Parque Jacinta	1122	36	31	67	5,97%
103.	Embrapa	1006	42	19	61	6,06%
104.	São Raimundo	777	29	23	52	6,69%
105.	Santa Luzia	734	29	14	43	5,86%
106.	Triunfo	249	25	14	39	15,66%
107.	Vale do Gavião	1507	18	12	30	1,99%
108.	Novo Uruguai	416	8	10	18	4,33%
109.	São Lourenço	474	11	6	17	3,59%
110.	Flor do Campo	252	5	11	16	6,35%
111.	Parque Juliana	89	3	2	5	5,62%
112.	Livramento	0	0	0	0	0,00%

Fonte: IBGE, 2010 (adaptada pelo autor).

Segundo Silva *et al.* (2017, p. 4), Teresina apresentou “um significativo aumento demográfico, passando de 90.723 (noventa mil e setecentos e vinte e três) habitantes, na década de 50, para 142.691 (cento e quarenta e dois mil e seiscentos e noventa e um) na década de 60, chegando a 377.774 (trezentos e setenta e sete mil e setecentos e setenta e quatro) habitantes no final da década de 80”. Nascimento (2010) *apud* Silva *et al.* (2017, p. 4) afirma que:

[...] a partir de 1952, Teresina já possuía uma população segregada, onde os mais ricos moravam na área central da cidade, região dotada de infraestrutura básica como redes de abastecimento d’água, de energia elétrica, telefone, ruas calçadas, e a população mais pobre residindo nas áreas periféricas, não atingida por esses serviços.

Na década de 50, com a construção de um Hipódromo e da Ponte Juscelino Kubitschek que atravessa o rio Poti, iniciou-se um processo de deslocamento de famílias com maior renda para a região leste, ao tempo em que as políticas habitacionais à época e a supervalorização das áreas centrais ocasionou a migração das famílias carentes para a periferia da cidade, via construção de conjuntos habitacionais (SILVA *et al.*, 2017).

A conformação histórica da cidade a partir de 1950 tem influência para a concentração da população idosa na região do Centro de Teresina, no Grande Itararé e no Mocambinho. Pois como o Centro foi o ponto inicial para o povoamento local, muitas pessoas lá se estabeleceram na década de 1960, motivadas pelo aumento do comércio varejista (FAÇANHA, 2003), propiciado pela melhor infraestrutura logística de malhas viárias e fluviais. Os conjuntos

habitacionais Mocambinho e Grande Itararé, juntamente com a Cidade Industrial, foram instituídos na década de 1980 favorecendo a expansão e a dinamização urbana da cidade, e a concentração da população em torno destes bairros. Essa concentração é que pode explicar, em parte, a proporção de idosos na região do Grande Dirceu e do Mocambinho, enquanto que o Centro é a origem do assentamento histórico e da dinamização comercial que atraíram pessoas na década de 1980.

Teresina tem passado por expressiva dinamização da zona urbana com fluxo migratório da população entre os bairros, incluindo um deslocamento da população idosa para novos bairros e localidades que não foram totalmente catalogadas no Censo 2010. Estes dados são significativos para o dimensionamento e planejamento de políticas públicas para a parcela idosa da população, que se forem utilizados pelos sistemas de saúde, assistência social, segurança, transporte, educação e outros setores, podem gerar informações de tal forma a favorecer o melhor desempenho e eficiência dos aparelhos públicos empregados.

3 PROTEÇÃO SOCIAL DO IDOSO

Com a chegada da velhice e do envelhecimento populacional em massa, como visto anteriormente, os problemas para a gestão pública são evidenciados de tal forma a ter-se que tratar da questão social manifestada de várias formas como: as alterações sociodemográficas em estruturas familiares; a variação nos níveis de dependência entre os membros das famílias; e outras, que de uma forma ou outra, causam exposição a riscos, ou como se conhece, situação de vulnerabilidade social, associada a maiores probabilidades de adquirir doenças crônicas e/ou incapacitantes, e outras demandas de educação, de saúde, de amparo econômico, de participação e de cuidados, principalmente em países subdesenvolvidos, onde há ainda a cultura de desvalorização da pessoa idosa.

3.1 A proteção social do idoso no mundo

A agenda para políticas públicas para idosos marca o início na Assembleia das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, realizada em Viena em 1982, quando aconteceu o primeiro fórum internacional e intergovernamental focado nas questões do envelhecimento populacional do qual resultou a aprovação de um plano de ação global.

Foi considerado um grande avanço, pois, até então, a questão do envelhecimento não era foco de atenção das assembleias gerais nem de nenhuma agência especializada das Nações Unidas. A questão era tratada de forma marginal pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) como parte de suas atividades especializadas (CAMARANO *in* IPEA, 2016, p. 17).

A assembleia resultou em um Plano de Ação Internacional, conhecido como Plano de Viena, contemplando 66 (sessenta e seis) recomendações aos Estados membros do acordo, relacionando temáticas ligadas à saúde e à nutrição, a proteção do consumidor idoso, a moradia, ao meio-ambiente, ao bem-estar social, à família, à educação, ao trabalho e a renda.

A base fundamental do Plano de Ação Internacional foram as condições e a qualidade de vida dos idosos em países desenvolvidos, dando aos idosos o reconhecimento como novos atores sociais, considerando suas limitações, necessidades e especificidades, com uma visão de independência e poder de consumo, visto que novas demandas venham a significar maiores movimentações do mercado, gerando desenvolvimento econômico (IPEA, 2016, p. 18).

Embora o Plano de Viena tenha sido concebido para sociedades desenvolvidas, muitos países em desenvolvimento modificaram suas constituições após o fórum, de forma a favorecer

a população idosa, como por exemplo: Brasil (1988), Peru (1993), Bolívia (1994), Equador (1998), e Venezuela (1999) (IPEA, 2016, p.18).

Princípios gerais estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) foram adotados no fortalecimento das ações políticas de proteção da pessoa idosa, enfatizando o *slogan* “sociedade para todas as idades” (IPEA, 2016, p. 18 e 19), com ênfase nos seguintes princípios: independência, participação, cuidados, auto realização e dignidade.

Neste sentido, como explica Siqueira (2016, p. 111 e 112):

As normas protetivas nacionais e internacionais parte da concepção de que o humano, por estar na fase do envelhecimento, na fase idosa, não deve ser tratado como um produto perecível, que já não ‘servindo’ deve ser descartado, pois não perdeu a qualidade de ser pessoa, devendo ser tratado com dignidade.

E assim, países geralmente europeus, como a exemplo da Suíça que tem se apresentado como o país que melhor trata os idosos, chegando a ser chamado por alguns importantes jornais do mundo como “o paraíso ou eldorado para os idosos”:

Este ano, a Suíça (1) lidera a classificação geral, enquanto o Afeganistão (96) permanece na última posição. Tal como em 2013 e 2014, os primeiros 19 lugares são ocupados por países industrializados. O continente africano está sobre representado no final da tabela, com os países da região a ocuparem sete dos últimos dez lugares. Os restantes países no final da tabela partilham uma história de conflito (Cisjordânia e Gaza, Paquistão e Afeganistão), o que tem um impacto negativo em quase todos os indicadores do Índice (ESTADÃO, 2018).

Na pesquisa denominada *Global AgeWatch Index 2015*, o Brasil aparece na 56ª (quinquagésima sexta) posição, próximo a muitos países da América Latina, e da China, enquanto que países europeus lideram o topo do *ranking*, e países geralmente africanos lideram a ponta de baixo da classificação, como se pode observar na tabela nº 5 abaixo:

Tabela nº 5: Classificação dos melhores países para idosos

Ord.	País	Ord.	País	Ord.	País	Ord.	País
1º	Suíça	26º	Eslovênia	51º	Quirguizistão	76º	Venezuela
2º	Noruega	27º	Uruguai	52º	China	77º	Moldova
3º	Suécia	28º	Costa Rica	53º	Albânia	78º	África do Sul
4º	Alemanha	29º	Geórgia	54º	El Salvador	79º	Grécia
5º	Canadá	30º	Chipre	55º	Bolívia	80º	Camboja
6º	Países Baixos	31º	Argentina	56º	Brasil	81º	Gana
7º	Islândia	32º	Polônia	57º	Nicarágua	82º	Honduras
8º	Japão	33º	México	58º	Tajiquistão	83º	RPD Laos
9º	EUA	34º	Tailândia	59º	Guatemala	84º	Marrocos
10º	Reino Unido	35º	Letônia	60º	Coréia do Sul	85º	Jordânia
11º	Dinamarca	36º	Colômbia	61º	Croácia	86º	Nigéria
12º	Nova Zelândia	37º	Itália	62º	Rep. Dominicana	87º	Iraque
13º	Áustria	38º	Portugal	63º	Lituânia	88º	Uganda
14º	Finlândia	39º	Hungria	64º	Bielorrússia	89º	Ruanda
15º	Irlanda	40º	Eslováquia	65º	Rússia	90º	Zâmbia
16º	França	41º	Vietnã	66º	Sérvia	91º	Tanzânia

Continua...

Continuação da tabela nº 5: Classificação dos melhores países para idosos

17°	Austrália	42°	Maurícia	67°	Bangladeche	92°	Paquistão
18°	Israel	43°	Arménia	68°	Montenegro	93°	Cisjordânia & Gaza
19°	Luxemburgo	44°	Equador	69°	Paraguai	94°	Moçambique
20°	Panamá	45°	Roménia	70°	Nepal	95°	Maláui
21°	Chile	46°	Sri Lanka	71°	Índia	96°	Afeganistão
22°	República Checa	47°	Malta	72°	Mongólia		
23°	Estónia	48°	Perú	73°	Ucrânia		
24°	Bélgica	49°	Bulgária	74°	Indonésia		
25°	Espanha	50°	Filipinas	75°	Turquia		

Fonte: Global AgeWatch Index 2015.

Segundo a *Global AgeWatch Index* (2015), a Suíça lidera o primeiro lugar geral, possuindo indicadores consistentemente altos em todos os domínios.

No primeiro domínio, que se refere ao ambiente propício, possui a maior taxa de satisfação com o transporte público em sua região (83%) e acima da taxa média regional de conexão social (91%) e liberdade cívica (93%) entre pessoas mais velhas. Ele ocupa o segundo lugar no domínio da saúde, com médias acima do Índice para todos os indicadores de saúde: expectativa de vida em 60 (25º lugar), expectativa de vida saudável em 60 (19º lugar) e bem-estar mental relativo (97%). A Suíça também ocupa o segundo lugar no domínio da capacidade. Esse aumento de 8 vagas em relação ao ano passado deve-se à revisão dos dados de escolaridade. O país é o mais baixo no domínio da segurança de renda (27º lugar), com uma taxa de pobreza acima da média para a sua região (16,1%), apesar de ter 100% de cobertura previdenciária e terceiro maior PIB per capita (US \$ 54,762).

Organismos como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização para a Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Comissão das Comunidades Europeias (CCE), estabelecem parâmetros internacionais para a consideração da senioridade assim como para os cuidados referenciais de atenção básica.

O que se percebe é uma dispersão dos institutos que versam sobre a proteção social, ora ligados à saúde, ora ligados à seguridade, à previdência, ao trabalho, à renda, à educação, e ora se diferenciando em prol do contexto social no qual se envelhece. Por exemplo, em países da América Latina, o envelhecimento se apresenta como um grande desafio dado à desigualdade social e à pobreza que imperam nestes países em vias de desenvolvimento.

Nesse entendimento, foi realizada “I Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe”, realizada pela Comissão Econômica para a América Latina e Caribe – CEPAL, entre os dias 19 a 21 de novembro de 2003, em Santiago no Chile, na qual foi aprovada a Estratégia Regional de Implementação do Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento como instrumento de programa e padronização de orientações aos países desta plataforma continental para fomentar a criação de políticas próprias para o envelhecimento regional (HUECHUAN, 2009 *apud* SILVA; YAZBEK, 2014, p. 103).

Ainda sobre a América Latina, no Brasil aconteceu a “II Conferência Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe: uma sociedade para

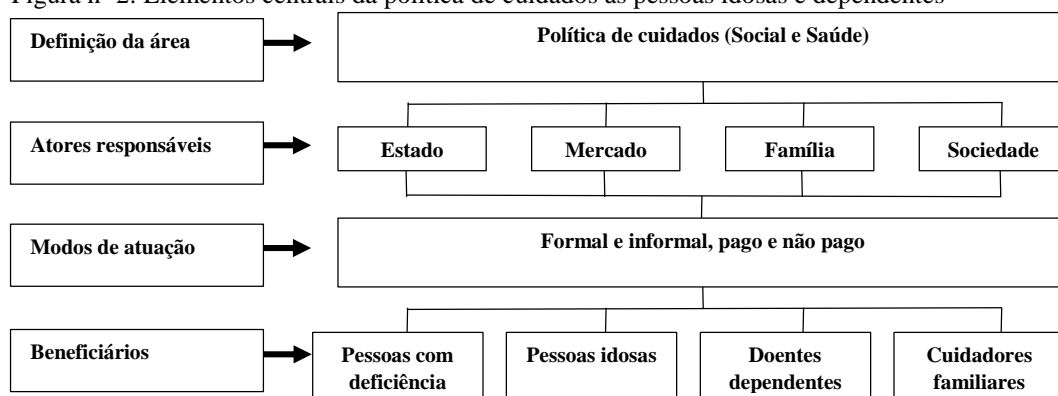
todas as idades e de proteção social baseada em direitos”, realizada pela CEPAL, em Brasília, em dezembro de 2007, oportunidade em que países latinos assinaram o relatório de compromisso então denominado de Declaração de Brasília sobre o Envelhecimento, contendo 29 (vinte e nove) recomendações, do qual se destacam as seguintes:

1. Reafirmamos o compromisso de não poupar esforços para promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais de todas as pessoas idosas, de trabalhar na erradicação de todas as formas de discriminação e violência e de criar redes de proteção das pessoas idosas a fim de tornar efetivos os seus direitos; 2. Promovemos o diálogo e as alianças estratégicas entre os governos, o sistema das Nações Unidas, a cooperação internacional e Sul-Sul, a sociedade civil — com especial ênfase nas organizações de pessoas idosas — e o setor privado, para criar consciência da evolução da estrutura da população, sobretudo no tocante ao ritmo de envelhecimento demográfico e suas consequências econômicas, sanitárias, sociais e culturais; [...]; 4. Propomos a realização de intervenções na prevenção e atenção voltada para melhorar o acesso aos serviços de tratamento, cuidado, reabilitação e apoio das pessoas idosas em situação de incapacidade; [...]; 6. Apoiamos firmemente a incorporação da perspectiva de gênero em todas as políticas e programas que levem em consideração as necessidades e experiências das pessoas idosas; 7. Reafirmamos o compromisso de incorporar o tema do envelhecimento e dar-lhe prioridade em todos os âmbitos das políticas públicas e programas, bem como de orientar e diligenciar os recursos humanos, materiais e financeiros para o adequado seguimento e avaliação das medidas postas em prática, diferenciando a área urbana e rural e reconhecendo a perspectiva intergeracional, de gênero, raça e etnia nas políticas e programas direcionados para os setores mais vulneráveis da população em função da sua condição econômica e social e de situações de emergência humanitária, como os desastres naturais e o deslocamento forçado; [...]; 9. Propomos a realização de estudos e pesquisas que facilitem a adoção de decisões fundamentadas no tema e a elaboração de perfis demográficos e socioeconômicos da população de pessoas idosas que nos permitam identificar as brechas na implementação dos direitos humanos e os meios para seu pleno gozo, bem como a ampla e eficaz participação das pessoas idosas no desenvolvimento; [...] (CEPAL, 2007).

Na nona recomendação percebe-se notadamente a preocupação que se coaduna com os objetivos e propostas desta pesquisa e de outras da área seara social sobre o envelhecimento humano e populacional. Como se pode observar, as recomendações destes documentos são amplas e remetem a um tratamento matricial entre diversas áreas, com a necessidade de integração entre diversos atores, com vários modos de atuação, e até mesmo enorme variação dos beneficiários, visto que os idosos podem muitas vezes se enquadrar em mais de uma qualificação de usuário/beneficiário, como por exemplo, em situação de dupla vulnerabilidade: idoso deficiente e com baixos rendimentos que o classificam como abaixo da linha de pobreza; idoso em situação de violação de direitos e desempregado etc.

Vis-à-vis à diversidade de situações, as políticas públicas perpassam por etapas e métodos para sua elaboração e implementação, envolvendo desde a definição da área, dos atores responsáveis, modo de atuação e definição do público alvo ou dos beneficiários, conforme demonstra a figura nº 2:

Figura nº 2: Elementos centrais da política de cuidados às pessoas idosas e dependentes



Fonte: CARVALHO, 2009, p. 124.

Na Europa, a preocupação com a sociedade, que é cada vez mais idosa, tem sido no sentido de promover o envelhecimento ativo, como recomenda a ONU (2005), e fazer com que o cidadão europeu idoso permaneça por mais tempo no mercado de trabalho (CALHA, 2015, p. 528). Para tal, as políticas dos países que assim postulam, são criadas para dar melhores condições de saúde, de seguridade, de educação, de inclusão e de participação.

Nos países europeus a proteção social é pautada na linha do Estado-Providência, fornecendo, aos idosos, condições mínimas para o bem-estar. Entretanto, existem diferentes formas de atendimento aos mais velhos diante da cultura de cada país, como expõe Calha (2015, p. 529):

São vários os modelos de proteção social que vigoram na Europa, baseados em princípios e formas de redistribuição variadas (Esping-Andersen, 1990). O modelo escandinavo destaca-se pela sua especificidade na ênfase atribuída à intervenção do Estado. Nesse modelo a família é desresponsabilizada pela garantia do bem-estar, o que permite, por um lado, fortalecer as famílias (desonerando-as de obrigações) e, por outro lado, promover uma maior independência individual (Esping-Andersen *et al.*, 2003). O modelo de proteção social típico dos países do Sul da Europa caracteriza-se por uma intervenção estatal relativamente fraca e vulnerável. Trata-se de esquemas de proteção social baseados em modelos anteriores, criados pela Igreja Católica e por regimes autoritários. Nesse contexto de subdesenvolvimento das políticas de proteção social, a família, com a sua extensa rede de solidariedade e o seu fluxo de transferências intergeracionais, assume-se como um importante recurso de compensação para o bem-estar dos seus membros.

Assim, percebe-se que em países do sul europeu, a família possui um papel de suprema importância para a prestação de proteção e cuidado aos idosos, enquanto que em países escandinavos o Estado aparece com mais força, atenuando as responsabilidades da família e providenciando maior independência para a senioridade.

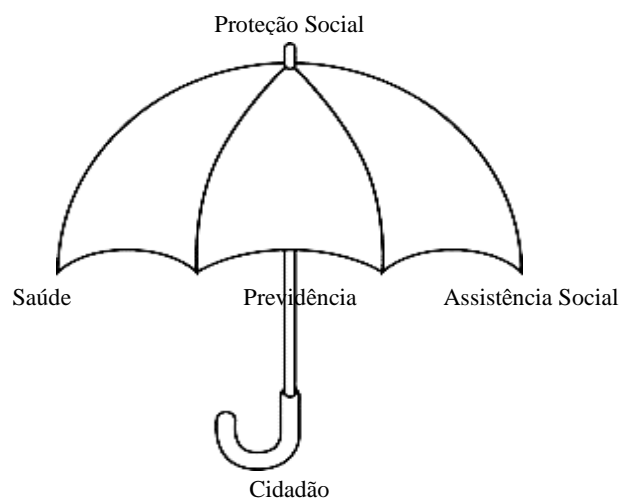
Da análise pode-se inferir a preponderância do papel do Estado enquanto provedor de bem-estar, impactando positivamente nas condições de vida dos idosos e na redução de vulnerabilidades, dispensando maior independência aos mais velhos, e assim, promovendo desenvolvimento econômico e social.

Esta denominação de proteção e cuidados aos idosos foi exteriorizada pela Comissão das Comunidades Europeias, através de documento de comunicação intitulado “Uma Europa para todas as idades: promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações”, no qual a Comissão expõe os efeitos do envelhecimento em campos como o do emprego, da proteção social, da saúde e dos serviços sociais, e propõe também orientações e ações estratégicas para a formulação de políticas públicas de enfrentamento a estes desafios, além de propor um espírito de cooperação e solidariedade entre os países da comunidade (CCE, 1999, p. 4).

3.2 A proteção social do idoso no Brasil instituída pela Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 trouxe mudanças significativas ao entendimento de proteção social, sendo a principal delas a participação do poder público como corresponsável, visto que até então se considerava como área do campo individual e pessoal. Outra grande mudança se refere à consideração da seguridade social como política ampla e abrangendo três áreas: a saúde, a previdência e a assistência social (UNESCO, 2009, p. 13). Assim, a proteção social passou a ser considerada como uma política “guarda-chuva”, como demonstrado na figura nº 3.

Figura nº 3 – Proteção Social no Brasil após Constituição Federal de 1988 (ilustração)



Fonte: Elaborada pelo autor – com base na CF/1988.

A Previdência social brasileira tem financiamento tripartite, sendo responsáveis pelo seu custeio o Estado, os patrões e empregados, de forma a significar um amplo espectro de política contributiva. A saúde, no contexto público brasileiro foi reordenado a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde proposto pela Constituição Federal brasileira, com parcerias múltiplas envolvendo o poder público e os entes privados, seja por meio de convênios ou de consórcios públicos. Enquanto que na Assistência Social, a partir da CF/88, foi estabelecida

uma concepção de que tal política se revela como dever do Estado e direito da população (UNESCO, 2009, p. 6). Desta maneira, tem-se que:

A Previdência Social, na contemporaneidade, é parte da Seguridade Social, obrigatória a todos os trabalhadores urbanos, e agora estendidos aos trabalhadores rurais. Passou a ter *status* de direito fundamental concretizado com a Constituição Federal de 1988 (AMARAL, 2014).

Cabe destaque para os grandes desafios para a conformação da proteção social como preconizada pela Constituição Federal de 1988, visto que, apesar dos avanços, ainda se constata na implementação das políticas o obstáculo de se romper com a hegemonia da concepção de que a assistência social é uma política de atenção aos pobres, aos necessitados sociais, aos frágeis e aos carentes. Esse modo de ver contém em si uma manifestação que aparta um segmento da população, recorta os cidadãos por níveis de renda e separa aqueles de baixa renda confinando-os em um aparato específico, como se suas necessidades fossem diversas daquelas do cidadão brasileiro.

A proteção social do Idoso no Brasil se apresenta regulamentada dispersamente em institutos legais das três esferas de governo, de forma a cobrir as lacunas e marcas da desigualdade, sob a responsabilidade solidária e descentralizada, sendo obrigação do Estado, da sociedade e das famílias.

No âmbito federal têm-se: a Constituição Federal (especialmente os artigos 203, 229 e 230); a Lei Orgânica de Assistência Social; o Estatuto do Idoso; a Política Nacional do Idoso; a Regulamentação da Política Nacional do Idoso – Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996; os Serviços de atenção ao idoso, estabelecidos pela Portaria da Secretaria de Assistência Social – SEAS nº 73 de 10 de maio de 2001, como especificadas anteriormente.

No âmbito estadual do Piauí, tem-se a Constituição Estadual, que em seu artigo 15 das Ações e Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e artigo 250, estabelece normas gerais para a regulamentação da proteção ao idoso no Estado do Piauí; e a Política Estadual do Idoso - Lei nº 5.244, de 13 de junho de 2002.

Já no âmbito municipal de Teresina, tem-se a Lei nº 4.597, de 3 de julho de 2014, referente à Política Municipal de Promoção da Saúde do Idoso.

Conforme reza a Constituição Federal vigente (CF de 1988), o cuidado aos idosos, de responsabilidade do Estado, da sociedade e das famílias, está inscrito no rol de direitos sociais, e vem passando por regulamentações, exigindo assim o reordenamento político e institucional de forma desafiadora.

A Constituição estabeleceu um modelo de Assistência Social pautada na universalidade, devendo ser prestada a qualquer pessoa que dela necessitar independentemente de contribuições

ao sistema de seguridade, de tal forma a cumprir essa assistência aos maiores de 60 (sessenta) anos, conforme se pode observar nos artigos a seguir citados:

TÍTULO I DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

[...]

IV Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

[...]

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

[...]

XXX Proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil.

[...]

CAPÍTULO IV DOS DIREITOS POLÍTICOS

Art. 14. A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, e, nos termos da lei, mediante:

[...]

§ 1º O alistamento eleitoral e o voto são:

I - obrigatórios para os maiores de dezoito anos;

II - facultativos para:

a) os analfabetos;

b) os maiores de setenta anos;

[...]

SEÇÃO III DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a:

I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;

[...]

§ 7º É assegurada aposentadoria no regime geral de previdência social, nos termos da lei, obedecidas as seguintes condições:

[...]

II - sessenta e cinco anos de idade, se homem, e sessenta anos de idade, se mulher, reduzido em cinco anos o limite para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e para os que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, nestes incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal.

[...]

Art. 202. O regime de previdência privada, de caráter complementar e organizado de forma autônoma em relação ao regime geral de previdência social, será facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado, e regulado por lei complementar.

[...]

SEÇÃO IV DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

[...]

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Tendo assim estabelecido, o atendimento dá-se por meio de um sistema de seguridade social envolvendo previdência, assistência social e saúde. Com isso, a política de seguridade social veio ganhando corpo e avanço, principalmente após a promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), instituída pela Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993, que na organização da Assistência Social no país, dentre outras ações de proteção, garante, em seu art. 2º, alínea “e”, o pagamento “de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família” (LOAS,1993).

A LOAS institui aos idosos o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que, conforme o artigo 20, “é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família”, mesmo quando acolhido em instituição de longa permanência e em articulação com todos os programas e serviços de assistência social.

Na sequência regulatória da Assistência Social no Brasil, tem-se também a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), criada em 15 de outubro de 2004 pela aprovação da Resolução nº 145/2004 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), tendo sido normatizada posteriormente pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2005, que basicamente estabeleceu um acordo entre os entes da federação para o cumprimento conjunto e solidário da PNAS.

Conforme Norma Operacional do SUAS (2012), o sistema é estabelecido em torno de eixos estruturantes, como: a matricialidade familiar; a descentralização político-administrativa e a territorialização; as novas bases para a relação entre o Estado e o cidadão; o financiamento; o controle social e a participação popular; a política de recursos humanos; dentre outros, os quais foram sistematizados de forma a estruturar um modelo cooperativo. Entende-se, por sua vez, o papel fundamental da família e da territorialidade enquanto meios estratégicos para a prestação da assistência.

Quanto à territorialidade, vê-se a divisão de tarefas assim como a promoção mais próxima e efetiva dos serviços, aproximando as respostas às demandas sociais, cabendo à esfera federal as questões de normatização, em consonância com as especificidades locais, enquanto

que aos estados e municípios compete a operacionalização das ações de assistência, contudo, todos contribuindo para o alcance institucional da PNAS.

A política de assistência social tem sua expressão em cada nível da Federação na condição de comando único, na efetiva implantação e funcionamento de um Conselho de composição paritária entre sociedade civil e governo, do Fundo, que centraliza os recursos na área, controlado pelo órgão gestor e fiscalizado pelo Conselho, do Plano de Assistência Social que expressa a política e suas inter-relações com as demais políticas setoriais e ainda com a rede socioassistencial. Portanto, Conselho, Plano e Fundo são os elementos fundamentais de gestão da Política Pública de Assistência Social (NOB/SUAS, 2005, p. 43).

As relações entre o estado e a sociedade no cuidado foram em certo grau horizontalizadas de forma a evitar ações isoladas, promovendo a relação democrática, ou seja, em redes de trabalho integradas por entidades públicas, privadas e não governamentais, em sistema de parceria.

O financiamento da assistência social é realizado com o manejo de fundos entre os entes da federação, conforme a origem da política e pactos de financiamento, além da transferência realizada de forma direta aos beneficiários, como é o caso do BPC.

A participação do cidadão e o controle social são alimentados pela coprodução em políticas públicas e ações de fiscalização de entidades organizadas, como Conselhos da Pessoa Idosa, Conselhos da Pessoa com Deficiência, Fóruns, Conferências, além de ações do Ministério Público e da Advocacia Pública para casos específicos. Como explica Amaral (2014, p. 126), “os direitos dos indivíduos são concretizados por meio das políticas públicas que devem, em um estado Democrático de Direitos, ser formuladas com a participação da sociedade”.

Em políticas de seguridade social não é diferente, os cidadãos, por meios de movimentos sociais, participam necessariamente de etapas do processo de políticas pública, principalmente impulsionando a definição do problema, a proposição da agenda e sua formulação, num entrave entre interesses prós e contras, onde a resultante correlação destas forças é que determinará qual problema e quais formas serão empreendidas para solucioná-lo (AMARAL, 2014, p. 127).

Assim, a PNAS trouxe uma exigência de conhecimentos profissionais, além das recomendações internacionais que instigam o desenvolvimento científico em prol do desenvolvimento para o envelhecimento humano, com a emissão de normas operacionais básicas que fomentam o bom desenvolvimento do modelo, principalmente em termos de capacidade técnica dos recursos humanos.

Outro instrumento deveras importante para a proteção social do idoso é a Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, com regulamentação feita por meio do Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, que assegura aos idosos direitos

sociais e garantias legais de promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva enquanto cidadão, assegurando direitos essenciais ligados à saúde, à educação, a habitação, a urbanidade, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à assistência social, à previdência e a justiça.

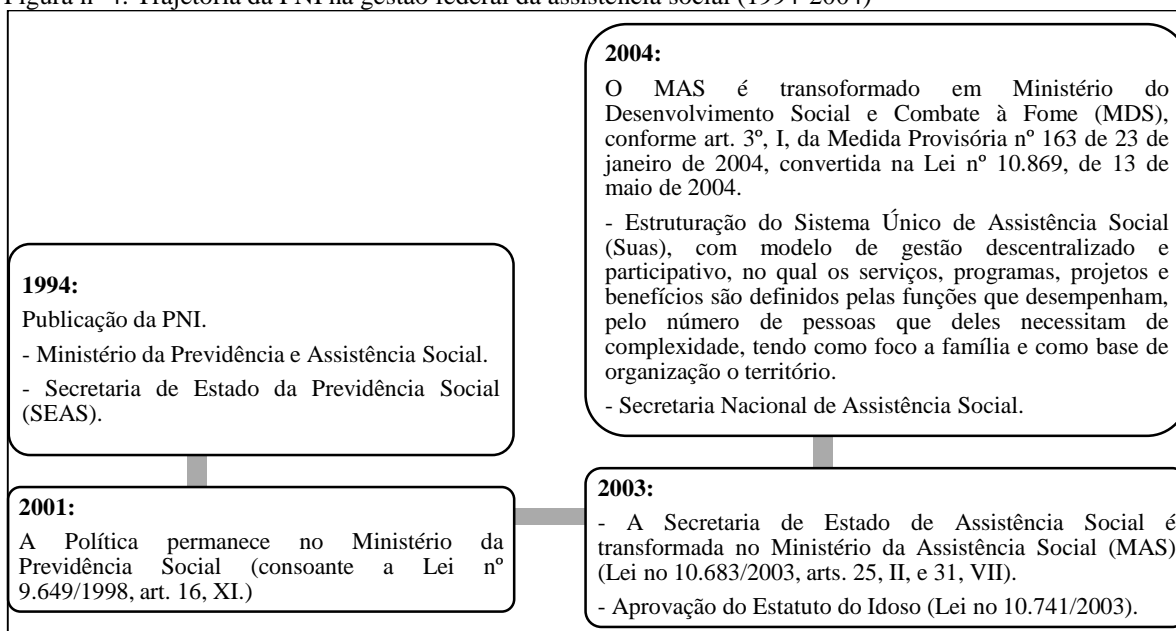
Todavia, existe uma enorme discussão sobre sua efetividade em termos de cumprimento de direitos e deveres, isto é, se ela tem sido de fato eficaz.

Existe forte indicativo de que a PNI, após mais de duas décadas em vigor, ainda permanece na seara do “dever ser”, pois carece de materialização na vida real. Mais estranho é o fato de a lei estabelecer expressamente em seu art. 5º que o Ministério da Assistência Social seja o responsável pela implementação da PNI, com a participação dos conselhos, diferentemente do que tem sido observado. Desde a sua criação, a coordenação da PNI tem sido nômade: já esteve no Ministério da Previdência e Assistência Social, e na Secretaria Especial de Direitos Humanos, inicialmente vinculada ao Ministério da Justiça, depois à Presidência da República e de novo ao Ministério da Justiça (IPEA, 2016 p. 418).

Nessa discussão, a principal crítica quanto à efetividade da PNI está na falta de coordenação e da responsabilização de sua execução, que tem migrado entre órgãos e setores do governo de forma a dificultar-lhe a execução, impedindo, em certo grau, o avanço, e por consequência, o alcance dessa lei na proteção dos direitos de idosos em vulnerabilidade social.

A figura nº 4 demonstra a trajetória da PNI na gestão federal da assistência social, no período de 1994 a 2004:

Figura nº 4: Trajetória da PNI na gestão federal da assistência social (1994-2004)



Fonte: IPEA (2016, p. 114).

Cabe ressaltar, em razão do objeto de estudo desta pesquisa, que a PNI criou as redes e as modalidades de atendimento à pessoa idosa, dentre as quais: os Centro de Convivência; o Centro de Cuidados Diurno; o Hospital-Dia e o Centro-Dia; a Casa-Lar; a Oficina Abrigada de

Trabalho; e o atendimento domiciliar. Tais modalidades serão melhor discutidas na secção específica sobre a rede de proteção social do idoso.

Em 1º de outubro 2003, a Lei nº 10.741 foi promulgada, e trouxe à luz do direito o que hoje se conhece como Estatuto do Idoso, com o objetivo de promover maior segurança, principalmente jurídica, mediante responsabilização e punição dos deturpadores dos direitos das pessoas idosas. Na mesma linha que os demais dispositivos nacionais, considera idoso o cidadão com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Trouxe melhor clarificação das obrigações da família, da sociedade e do poder público na segurança de direitos do idoso, com prioridade absoluta para os direitos à vida, a alimentos, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito, aos direitos civis, sociais e políticos, à convivência familiar e comunitária, como descrito nos artigos 3º e 10º deste dispositivo legal, com vistas a afastar legalmente a violência, a discriminação, a crueldade ou qualquer outra forma de descumprimento do direito da pessoa idosa.

Trouxe ainda um reforço legal sobre a prestação de alimentos em consonância com o Código Civil brasileiro, de forma a garantir a sobrevivência dos idosos, assim englobando também conceitos, como prestação de medicamentos, de vestuário, de saneamento, de habitação e outros custeios de forma solidária, podendo o idoso requerer tanto aos familiares como ao estado, consoante se observa no Estatuto do Idoso:

CAPÍTULO III DOS ALIMENTOS

Art.11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

Art.12. A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores.

Art.13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o promotor de Justiça ou defensor público, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil.

Art.14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao poder público esse provimento, no âmbito da assistência social (ESTATUTO DO IDOSO, arts. 11 a 14).

Cabe ressaltar que no tocante à saúde, o Estatuto do Idoso visa garantir atenção integral à saúde do senil por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma universal e igualitária, exigindo, para tal, o cadastramento da população idosa por base territorial, atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatorios, atendimento domiciliar para os que assim necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outros meios de reabilitação importantes, como se observa no Estatuto do Idoso (art. 15 ao 19):

CAPÍTULO IV DO DIREITO À SAÚDE

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e

recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2º Incumbe ao poder público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. § 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

§ 5º É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos, hipótese na qual será admitido o seguinte procedimento:

I – quando de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com o idoso em sua residência; ou

II – quando de interesse do próprio idoso, este se fará representar por procurador legalmente constituído.

§ 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde (SUS), para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária.

No seu artigo 16, o Estatuto do idoso, especificamente garante reforço ao cuidado quando o idoso estiver em condição de internação hospitalar, dando assistência de acompanhante por tempo integral, e em caso de negação, a autoridade competente deverá justificar por escrito. Já no artigo 17, a lei garante a liberdade de escolha pelo tratamento que melhor convier à sua saúde, e quando o idoso não estiver em domínio de suas faculdades mentais, a escolha é facultada ao seu representante legal (curador), familiar ou o próprio médico, segundo as situações previstas.

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público (ESTATUTO DO IDOSO, arts. 16 e 17).

Além do que, a referida lei explicita a obrigatoriedade de aperfeiçoamento dos sistemas para que se adequem às necessidades dos idosos, provendo estrutura e capacitação profissional preparada, conforme artigo nº 18 do Estatuto do Idoso:

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (ESTATUTO DO IDOSO, art. 18).

No artigo nº 19, a lei obriga aos serviços de saúde públicos e privados a realizarem notificação às autoridades competentes em caso de suspeita ou confirmação de violência contra pessoa idosa, reforçando o compromisso legal de proteção aos direitos das pessoas idosas, tanto quanto à sua integridade física, moral ou psicológica.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I – autoridade policial;
- II – Ministério Público;
- III – conselho municipal do idoso;
- IV – conselho estadual do idoso;
- V – Conselho Nacional do Idoso.

§ 1º Para os efeitos desta lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico.

§ 2º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista no caput deste artigo, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (ESTATUTO DO IDOSO, art. 19).

Ademais, ainda garante atendimento domiciliar para a realização de perícia médica pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), por intermédio de serviço público, privado ou conveniado, e para a expedição de laudo de saúde para fins de usufruto de direitos previdenciários e sociais.

Traz também, dentre outros direitos, a gratuidade em transportes públicos coletivos aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos de idade, além da reserva legal de pelo menos 10% (dez por cento) dos assentos destes veículos, assim como o desconto de pelo menos 50% (cinquenta por cento) no valor das passagens interestaduais.

Para o âmbito judicial, é marcante o estabelecimento de punição aos que infringem ou ameaçam, através de ação ou omissão, os dispositivos do Estatuto do Idoso, sendo forte instrumento de proteção da pessoa idosa.

Sobre a proteção social do idoso no âmbito estadual do Piauí, a Constituição Estadual, disciplina em seus artigos 15 e 250 normas gerais para a regulamentação da proteção ao idoso no Estado do Piauí, como segue:

Art. 15. A lei disporá, dentro de cento e vinte dias, contados a partir da promulgação desta Constituição, sobre proteção à criança, ao adolescente, ao idoso e ao deficiente. [...] (ADCT, PIAUÍ, 1989)

Art. 250. A lei estabelecerá política de proteção à família, à criança, ao adolescente, ao jovem e ao idoso, facultada a criação de órgãos destinados à sua execução (PIAUÍ, 1989).

De forma conciliatória aos instrumentos de normatização federal de assistência social e segurança dos direitos do idoso, o governo do Piauí promulgou a Política Estadual do Idoso, Lei nº 5.244, de 13 de junho de 2002, alterada pela Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 2005, com o objetivo central de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições legais para promover autonomia, integração e participação, mediante a instituição e descrição das competências do Conselho Estadual dos Direitos do Idoso, da Delegacia Especial do Idoso, do Núcleo da Defensoria Pública do Idoso e do Núcleo de Defesa do Idoso Vítima de Violência. Também dispôs sobre a organização dos Conselhos Estadual e Municipal de defesa dos direitos da pessoa Idosa, integrando as secretarias ligadas à habitação, à saúde, à assistência social, à educação, ao esporte, à cultura, à indústria, ao comércio, e outras instituições como a advocacia pública.

Tem-se ainda a Lei Complementar nº 51, de 23 de agosto de 2005, que dispõe sobre a criação da Delegacia de Defesa e Proteção dos Direitos Humanos e Repressão às Condutas Discriminatórias, da Delegacia da Segurança e Proteção ao Idoso – DSPI, e das Delegacias do 23º e 24º Distrito Policial, na estrutura da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Piauí, dentre outras providências.

No âmbito municipal teresinense, cabe destaque para a Lei nº 4.597, de 3 de julho de 2014, que estabelece diretrizes para a política municipal de promoção da saúde do idoso e envelhecimento saudável e dá outras providências, assim como outras normas de instituição da rede de proteção à pessoa idosa.

Porém, como explica Siqueira (2016, p. 116), não basta que se tenham leis e textos normativos para que se garanta a proteção dos direitos dos idosos, faz-se necessário que se tenha consciência e respeito à dignidade das pessoas igualmente, sejam elas crianças, jovens, adultos, homens, mulheres ou idosos, sendo que tal feito só será realidade de fato quando houver uma mudança sociocultural para a valorização das pessoas com perspectiva de igualdade e fraternidade.

3.2.1 A rede de proteção social do idoso em Teresina

A rede de proteção social do idoso se constitui num conjunto integrado de instituições criadas à luz da legislação pertinente para atender aos idosos em suas necessidades sociais e de integração, a fim de garantir-lhes a cidadania ampla e o fortalecimento de vínculos, podendo incluir organizações públicas e privadas.

Tais instituições são criadas com o objetivo primário de proteger idosos em situação de vulnerabilidade social e incluí-los em um contexto de melhores condições de vida. Desta maneira, as instituições se encontram geralmente categorizadas em eixos de atuação como assistência social, saúde e segurança, mas que interagem de modo transversal, sendo a integração entre esses eixos a fórmula essencial para a proteção integral.

Na área da saúde, segundo a diretoria da Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde, a Estratégia Saúde da Família, em 2018, na cidade de Teresina, contava com 263 (duzentas e sessenta e três) equipes do programa Estratégia Saúde da Família, com cobertura de 100% (cem por cento) das famílias residentes no município, tendo seus custos financiados em parte pela União e outra pelo poder público municipal. No geral a manutenção de uma equipe do Estratégia Saúde da Família chega a R\$ 44.000,00 (quarenta e quatro mil reais) por mês, dos quais, uma parcela em torno de R\$ 14.000 (quatorze mil reais) é subsidiado pelo governo federal, e R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) pelo tesouro municipal (TERESINA, 2018).

Segundo Portal da Inovação na Gestão, que se refere a uma ferramenta de gestão do conhecimento desenvolvida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), vinculada à Organização Mundial de Saúde no Brasil em parceria com o Ministério da Saúde, representantes do Conselho Nacional de Saúde (Conass) e da Agência Nacional de saúde (ANS), a atenção básica em saúde de Teresina é realizada por meio do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo ofertada por uma rede composta por 90 (noventa) Unidades Básicas de Saúde, das quais constam 02 (duas) unidades de apoio e 15 (quinze) em comunidades rurais, contando ainda com 03 (três) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 08 (oito) polos de Academia da Saúde, 06 (seis) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 (um) Consultório na Rua (unidade móvel), e demais aparelhos, sob a gestão da Fundação Municipal de Saúde (FMS), conforme demonstrado na tabela nº 6:

Tabela nº 6: Rede própria de Serviços Municipais de Saúde de Teresina – PI

UNIDADES DE SAÚDE	QTD.
Unidade Básica de Saúde (UBS)	90

Continua...

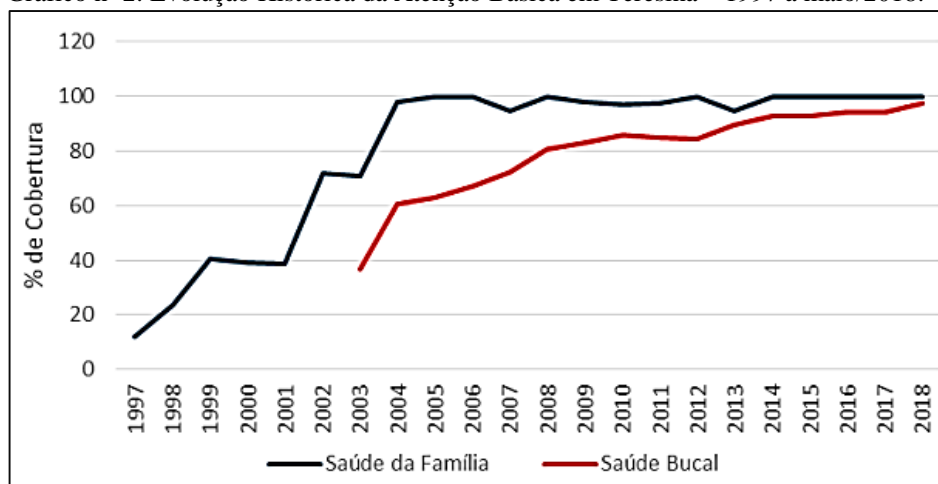
Continuação da tabela nº 6: Rede própria de Serviços Municipais de Saúde de Teresina – PI

POLICLINICA	1
Centro Integrado de Saúde Dr. Lineu Araújo	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	7
CAPS II	4
CAPS III	1
CAPS AD	1
CAPS I	1
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADES	3
CEO II	2
CEO III	1
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	2
UPA 24H – RENASCENÇA	1
UPA 24H – PROMORAR	1
MATERNIDADE	4
Buenos Aires	1
Promorar	1
Satélite	1
Wall Ferraz	1
UNIDADE MISTA (urgência/ ambulatório)	4
Parque Piauí	1
Primavera	1
Ozéas Sampaio	1
Mariano Castelo Branco	1
HOSPITAL GERAL	2
Monte Castelo	1
Pronto Socorro Dirceu Arcoverde II	1
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	1
HUT – Hospital de Urgência de Teresina	1
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	4
Centro de Controle de Zoonoses	1
Gerência de Vigilância Sanitária	1
Rede de Frio	1
Laboratório de Águas	1
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS/ATENÇÃO ESPECIALIZADA	1
Serviço Atendimento Móvel às Urgências (SAMU)	–
Regulação de Consultas e Exames Especializados	–
UNIDADES MÓVEIS DE URGÊNCIA (SAMU)	12
POLOS DE ACADEMIA DA SAÚDE	08
TOTAL DE EQUIPAMENTOS	139

Fonte: OPAS (2018).

Ainda segundo a OPAS (2018), a cobertura da atenção básica em saúde no município cresceu de modo significativo no período de 1997 até o ano 2004, e vem se mantendo num patamar de 90% (noventa por cento) a 100% (cem por cento) desde então, conforme demonstrado no gráfico nº 02, elaborado com base nos dados sobre a Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde (FMS).

Gráfico nº 2: Evolução Histórica da Atenção Básica em Teresina – 1997 a maio/2018:



Fonte: OPAS (2018) apud FMS/DAB – Dados até maio de 2018.

Quanto à segurança jurídica, a rede é instituída por organizações das esferas Federal e Estadual. Na esfera federal podem-se referenciar as ações do Ministério Público Federal na fiscalização e acompanhamento de políticas públicas nas quais idosos são beneficiários. Também podem ser citadas as ações do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CFOAB) na defesa coletiva de Direitos Humanos e especificamente dos idosos por meios de suas comissões especiais.

No Estado do Piauí, pode-se observar a atuação da Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso da OAB-PI e da Defensoria Pública do Estado do Piauí, por meio da Coordenação do Núcleo da Defesa e Proteção ao Idoso e da Pessoa com Deficiência, composta por quatro Defensorias, no cumprimento dos termos legais, inclusive da Lei Complementar Federal nº 80, de 12 de janeiro de 1994, que estabelece em seu artigo 4º, inciso XI, as funções institucionais da Defensoria Pública, que dentre outras, consiste em:

Exercer a defesa dos interesses individuais e coletivos da criança e do adolescente, do idoso, da pessoa portadora de necessidades especiais, da mulher vítima de violência doméstica e familiar e de outros grupos sociais vulneráveis que mereçam proteção especial do Estado (BRASIL, 1994).

Ainda no âmbito Estadual, cabe destaque à atuação do Ministério Público Estadual do Piauí (MPPI) com auxílio do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Pessoa Idosa (CAOPDI), que é órgão de auxílio do MPPI para a prestação de apoio técnico em questões que envolvam áreas de defesa de direitos e interesses das pessoas com deficiência e idosos, conforme Ato PGJ nº 454/2013, alterado pelo Ato PGJ nº 460/2013, e regulamentado pela Lei Complementar Estadual nº 12/1993 (PIAUI, 2018).

Os idosos da capital do estado do Piauí contam também com o aporte da Polícia Civil do Piauí, por meio da Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso, com circunscrição na cidade de Teresina, onde idosos recebem assistência policial e encaminhamentos jurídicos de casos em que são vítimas de crimes que violem direitos da pessoa idosa, conforme legislação vigente.

No que se refere à Assistência Social, o SUAS possui uma tipificação dos serviços divididos em dois blocos específicos, o da Proteção Social Básica e o da Proteção Social Especial, sendo que a Proteção Social Básica se divide em três tipos básicos de serviços: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; e Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. Já a Proteção Social Especial possui mais duas subdivisões, a de serviços que se referem à proteção social de média complexidade e de alta complexidade. A Proteção Social Especial de Média Complexidade é realizada por serviços como: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. A Proteção Social Especial de Alta Complexidade é então exercida pelos serviços: Serviço de Acolhimento Institucional; Serviço de Acolhimento em República; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergência. Conforme Resolução nº 109/2009-CNAS (BRASIL, 2009).

Logo, numa contagem simples, tem-se que a Assistência Social brasileira, por intermédio do SUAS, é realizada por cerca de 9 (nove) tipos de serviços em Proteção Social Especial e 3 (três) serviços em Proteção Social Básica, fora as ações de projetos e programas específicos.

Quadro nº 01: Síntese da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); 2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; 3. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.
PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL	<p style="text-align: center;">Média Complexidade</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); 2. Serviço Especializado em Abordagem Social; 3. Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); 4. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; 5. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

	Alta Complexidade	6. Serviço de Acolhimento Institucional; 7. Serviço de Acolhimento em República; 8. Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; 9. Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.
--	-------------------	--

Fonte: CNAS - Resolução nº 109/2009.

Na seara da Assistência Social Municipal de Teresina, a oferta das políticas é realizada sob coordenação da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCASPI), que é o órgão do poder executivo municipal teresinense incumbido legalmente pelo planejamento, coordenação e execução da Política de Assistência Social, sob a égide da Lei Federal nº 8.742/93 (LOAS), fundamentada na Política Nacional de Assistência Social/PNAS, e que ainda coordena a Guarda Civil Municipal, a Defesa Civil Municipal e a Gerência de Recursos Humanos. A missão institucional da SEMCASPI é:

Promover a proteção e inclusão social com vistas a redução das desigualdades por meio de ações no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio de ações integradas às políticas de direitos humanos, defesa civil e guarda municipal, assegurando o exercício da cidadania às famílias residentes na zona rural e urbana de Teresina (SEMCASPI, 2018).

Os Centros de Referências Assistência Social são as portas de acesso aos serviços de proteção social básica municipal, onde se realizam o serviço de Proteção e Atenção Integral à Família (PAIF) e os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos familiares e comunitários (SCFVs), dentre outros, cujos objetivos se consolidam em prevenção de riscos, combate à vulnerabilidade e proteção social.

A rede municipal de assistência social conta com 19 (dezenove) Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e 04 (quatro) Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), 01 (um) Centro Pop e 01 (um) Centro Dia (SILVA; ALMEIDA, 2017).

O PAIF tem como principal objetivo o apoio a famílias no sentido de prevenir a ruptura de laços familiares, contribuindo para o acesso a direitos de forma a fortalecer e promover a convivência, estimulando potencialidades das famílias e também das comunidades de forma geral, prevalecendo a interação intergeracional e comunitária. As atividades vão desde o atendimento no CRAS, visitas domiciliares, encaminhamentos a políticas específicas, até à realização de palestras, campanhas solidárias, e outras ações para solução dos problemas dos eixos família e comunidade (MDS, 2017, p. 51).

As famílias em situação de vulnerabilidade social são o foco do PAIF, com priorização de beneficiários dos programas de transferência de renda, benefícios assistenciais, pessoas com deficiência e idosos em condição de fragilidade social.

Nos CREAS são oferecidos serviços de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), também integrante do SUAS, às pessoas ou famílias que tiveram seus direitos violados, como em casos de violência física, psicológica, abuso sexual, negligência, exploração, trabalho infantil, discriminação sexual, étnica, racial e outras, que de alguma forma afetem direitos e causem danos e necessidades de orientação a serviços especializados de atenção, seja em saúde, educação, trabalho, renda, segurança policial ou jurídica. Dada à complexidade das ações, as equipes são formadas multidisciplinarmente, englobando psicólogos, assistentes sociais, advogados e outros (MDS, 2017, p. 56).

O acesso aos serviços pode ser por demanda espontânea junto aos CREAS ou mesmo por direcionamento de outras instituições da rede de proteção social municipal, como conselhos de saúde, conselhos da pessoa idosa, conselhos de educação, conselhos tutelares diversos, Ministério Público, Defensoria Pública, e outros.

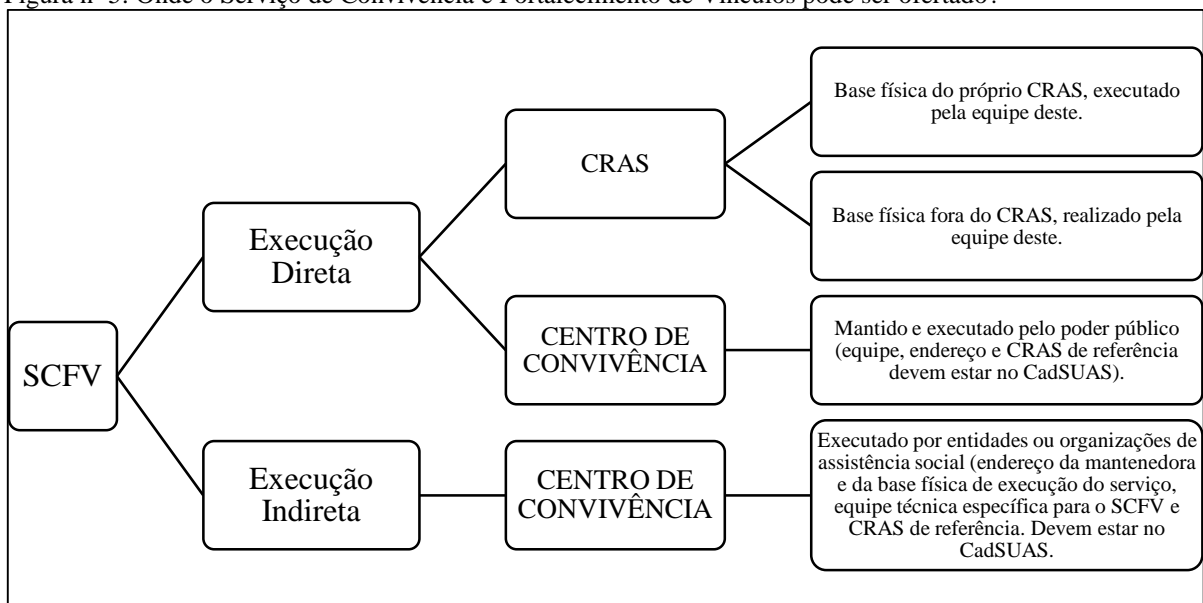
O SCFV é um serviço complementar ao PAIF e PAEFI, também integrantes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para a realização de atividades grupais, planejadas conforme classificação etária (crianças até 6 anos; crianças e adolescentes de 6 a 15 anos; adolescentes de 15 a 17 anos; jovens de 18 a 29 anos; adultos de 30 a 59 anos; pessoas idosas acima de 60 anos) de forma socioeducativa envolvendo atividades de lazer, esporte, cultura, entre outras que promovam o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários para o melhoramento das relações, troca de experiências e aproveitamento das potencialidades grupais (BRASIL, 2017a, p. 52).

O Centro Pop é uma política de assistência aos moradores de rua, por demanda espontânea ou por encaminhamento de outras instituições da rede, visando ações de fortalecimento de vínculos do morador de rua com a sociedade e principalmente com a família, para que, juntamente com o poder público, possa repensar o modo de viver em busca de um plano de vida cada vez melhor, de forma coletiva e individual, contribuindo para a autonomia, inclusão e proteção social de direitos. As equipes de trabalho são multiprofissionais e atuam no acompanhamento especializado para desenvolvimento de atividades e devidos encaminhamentos a outros serviços da rede de proteção social brasileira (BRASIL, 2017a, p. 63).

O Centro Dia é o órgão que auxilia na busca do fortalecimento de vínculos, da autonomia e demais ações para inclusão social das pessoas com deficiência. Também sob gestão da SEMCASPI, atua como os demais centros de serviços, protegendo direitos e fazendo os devidos encaminhamentos para demais serviços da rede assistencial. A demanda pode ser espontânea e também por encaminhamentos.

Os Centros de Convivência são espaços que prestam direta ou indiretamente os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, de forma referenciada pelo CRAS da jurisdição territorial, podendo ser unidades públicas ou entidades privadas de cunho assistencial. Assim, se o centro de convivência é mantido e executado pelo poder público, presta assim como o CRAS, assistência direta; no entanto, se o centro de convivência é entidade da organização civil que presta os serviços do SCFV, estará realizando-o de forma indireta, devendo obrigatoriamente estar referenciado pelo CRAS e com registro no Cadastro do Sistema Único de Assistência Social (CadSUAS), conforme discriminação na figura nº 5.

Figura nº 5: Onde o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos pode ser ofertado?



Fonte: BRASIL, 2016c, p. 28.

Sobre os Centros de Convivências que atendem pessoas idosas no município de Teresina, segundo dados da página eletrônica da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCASPI) e Censo SUAS 2017, são em número de 10 (dez) centros de convivência da rede pública municipal, que agem somados a 27 (vinte sete) centros de convivência da rede parceira (organizações não governamentais).

Os 10 (dez) Centros de Convivência mantidos pela Prefeitura Municipal de Teresina, que atendem o público formado por pessoas idosas, se caracterizam, dentre outras informações, conforme descrição no quadro nº 02:

Quadro nº 2: Centros de Convivência sob gestão municipal de Teresina e que atendem pessoas idosas (2017).

Nº.	Nome do centro	Endereço	Telefone	Data de implantação	Capacidade de atendimento
1	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "ADEUS SOLIDÃO" - PEQUENO PORTE I	RUA OSVALDO COSTA E SILVA, SN, PIÇARREIRA I, TERESINA (PI)	(86) 88063437	20/jun/05	40

2	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PIÇARREIRA" - PEQUENO PORTE II	RUA MELVIN JONES, 3555, PIÇARREIRA, CEP. 64055420, TERESINA (PI)	(86) 32337101	01/ago/10	60
3	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MARLY SARNEY" - PEQUENO PORTE	RUA JONATAS BATISTA, 877, CENTRO NORTE, TERESINA (PI)	(86) 32217850	12/jun/95	100
4	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "FORTALECENDO A CIDADANIA PROMORAR" - MÉDIO PORTE	RUA SESSENTA E TRÊS, 2050, PROMORAR, CEP. 64027140, TERESINA (PI)	(86) 32205405	28/ago/88	150
5	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "SILVIO BRUNO" - GRANDE PORTE II	AVENIDA BARÃO DE CASTELO BRANCO, SN, CIDADE NOVA, 64000000, TERESINA (PI)	(86) 32181363	01/jan/05	200
6	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CIDADANIA" - GRANDE PORTE	RUA SÃO FRANCISCO, SN, VILA SÃO FRANCISCO, SANTO ANTÔNIO, CEP. 64032310, TERESINA (PI)	(86) 32192763	04/ago/11	200
7	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CASA DE METARA" - GRANDE PORTE	RUA SÃO RAIMUNDO, SN, REDENÇÃO, CEP. 64017810, TERESINA (PI)	(86) 32159316	22/fev/14	200
8	CENTRO DE CONVIVÊNCIA PROFESSORA MARLENE SOUSA	RUA HERÁCLITO DE SOUSA, 553, MONTE CASTELO, CEP. 64016180, TERESINA (PI)	(86) 32181363	01/mai/04	200
9	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "ALTO DA RESSURREIÇÃO" - GRANDE PORTE	RUA DAS ALMAS, SN, ALTO DA RESSURREIÇÃO, TERESINA (PI)	(86) 99810562	14/abr/14	300
10	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "DIRCEU ARCOVERDE" - GRANDE PORTE	RUA BRENO TEODOMIRO DE CARVALHO, 2539, DIRCEU I, CEP. 64077365, TERESINA (PI)	(86) 32362626	30/abr/88	400

Fonte: Censo SUAS 2017 – Centros de Convivência (adaptado pelo autor) (BRASIL, 2017c).

O Centro de Convivência “Adeus Solidão”, com capacidade de atendimento para 40 (quarenta) pessoas, implantado em 20 de junho de 2005, se refere a um centro de pequeno porte, da rede municipal, sendo no perímetro urbano, com funcionamento de 4 (quatro) horas por semana, dividido em dois dias, com atendimento exclusivo do SCFV para pessoas acima de 60 (sessenta anos) de idade. Promove reuniões em grupo e com familiares dos usuários, assim como palestras, oficinas, incluindo pessoas da comunidade de forma referenciada ao CRAS, possuindo poucas adaptações de acessibilidade. Quanto ao corpo de profissionais, destacam-se a existência de apenas um profissional de nível médio na função de educador(a)/orientador(a) social (BRASIL, 2017c).

Sobre o Centro de Convivência "Piçarreira" - pequeno porte II, com data de implantação em 01 de agosto de 2010, também de natureza governamental, situado no perímetro urbano, faz atendimento ao público durante 8 (oito) horas por dia, durante cinco dias por semana, especificamente por grupos etários a partir dos 15 anos de idade, com sede específica para serviços ligados ao SCFV. Também realiza palestras, oficinas e reuniões domiciliares.

O Centro de Convivência "Marly Sarney" – pequeno porte – localiza-se no bairro Centro, sendo o terceiro mais antigo, implantado em 12 de junho de 1995, de natureza governamental, situada em zona urbana central, com horário de funcionamento estipulado em 6 (seis) horas diárias, de segunda a sexta-feira, com atendimento voltado à população a partir dos 30 (trinta) anos. Seu imóvel, de uso exclusivo para o funcionamento do SCFV, também promove palestras, oficinas e visitas domiciliares, eventos com participação da comunidade e

com discussão sobre casos de situações de risco com equipe multiprofissional. O corpo profissional é formado por 6 (seis) pessoas em cargos de nível fundamental, 2 (duas) em cargo de nível médio e 2 (duas) em nível superior. Destes, 6 (seis) colaboradores são do regime estatutário, 1 (um) comissionado, 3 (três) com outros tipos de vínculos (geralmente voluntários), totalizando assim um corpo funcional de 10 (dez) colaboradores (BRASIL, 2017c).

O Centro de Convivência "Fortalecendo a Cidadania Promorar" - médio porte – localizado em zona urbana periférica, de gestão governamental municipal, com funcionamento durante 5 (cinco) dias por semana, sendo 8 (oito) horas diárias, oferece serviços do SCFV a crianças e adolescentes (de 7 a 17 anos de idade) e adultos e idosos (a partir dos 30 anos de idade). Com imóvel de uso exclusivo para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, inclui, dentre suas atividades, as visitas domiciliares, reuniões com famílias e comunidade, palestras, oficinas e outras atividades. Seus recursos humanos são compostos por 13 (treze) colaboradores, sendo: 10 (dez) estatutários; 3 (três) do tipo voluntário ou estagiário. Destes, 7 (sete) são de nível fundamental, 5 (cinco) de nível médio, 1 (um) de nível superior) (BRASIL, 2017c).

Centro de Convivência "Silvio Bruno" - grande porte II, situado em zona urbana central, com funcionamento de 40 (quarenta) horas semanais, de segunda a sexta-feira, atende pessoas com idade a partir de 7 (sete) anos de idade, ou seja, crianças, adolescentes, adultos e idosos, com a prestação de serviços exclusivo do SCFV, realiza também visitas domiciliares, reuniões com familiares e comunidade, possui equipe multiprofissional, promove palestras e oficinas sobre temas transversais e outros. A equipe profissional é composta por um total de 14 (catorze) profissionais, sendo 6 (seis) de nível fundamental, 6 (seis) de nível médio, 2 (dois) de nível superior. Destes, 10 (dez) são estatutários e 4 (quatro) como colaboradores, cedidos, ou com outro tipo de vínculo (BRASIL, 2017c).

O Centro de Convivência "Cidadania" – grande porte – é localizado no bairro Santo Antônio, zona urbana periférica da cidade, governamental, funcionando 40 (quarenta) horas semanais, presta serviços do SCFV a crianças e adolescentes (de 7 a 17 anos) e idosos (com sessenta anos ou mais de idade). Equipe formada por 8 (oito) colaboradores no total, dos quais 3 (três) são de nível fundamental, 3 (três) de nível médio, 2 (dois) de nível superior. Destes, 1 (um) é do regime estatutário, 2 (dois) são comissionados e 5 (cinco) com vínculos de voluntários, cedidos ou estagiários (BRASIL, 2017c).

O Centro de Convivência "Casa de Metara" – grande porte – de gestão municipal, localizado em zona urbana periférica, atende em serviços do SCFV, três faixas etárias: de 7

(sete) a 14 (catorze) anos; 15 (quinze) a 17 (dezesete) anos; e idosos (de idade igual ou superior a 60 anos), promovendo ações como visitas domiciliares, reuniões, palestras, oficinas e outras. Seu corpo funcional é formado por 11 (onze) colaboradores, dos quais 2 (dois) são de nível fundamental, 5 (cinco) de nível médio, 4 (quatro) com nível superior. Dos de nível superior, 1 (um) é pedagogo. Quanto ao regime, 2 (dois) são estatutários, 2 (dois) são comissionados, e 7 (sete) são de vínculos diversos (voluntários, bolsistas ou estagiários) (BRASIL, 2017c).

O Centro de Convivência Professora Marlene Sousa, com capacidade para atender até 200 (duzentas) pessoas, foi implantado em 01 de maio de 2004, localizando-se na área urbana central de Teresina, atende pessoas a partir de 7 (sete) anos de idade até idosos, exclusivamente em serviços do SCFV, com promoção de palestras, oficinas, visitas domiciliares, reuniões com familiares e comunidade, atividades recreativas e outras sobre temas transversais. O conjunto de recursos humanos é composto por 13 (treze) colaboradores, sendo 4 (quatro) de nível fundamental, 6 (seis) de nível médio, 3 (três) de nível superior. Dos 13 (treze), 9 (nove) são estatutários, 1 (um) é comissionado e 3 (três) de outros tipos de vinculação (BRASIL, 2017c).

O Centro de Convivência "Alto da Ressurreição" – grande porte – é o segundo maior centro em termos de capacidade (trezentas vagas), criado em 14 de abril de 2014, situa-se na zona urbana periférica, com funcionamento 2 (dois) dias na semana, durante 3 (três) horas diárias, com atendimento exclusivo para pessoas idosas pelo SCFV. Realiza visitas domiciliares, reuniões, palestras, oficinas e outras atividades diversificadas. Seu corpo funcional é composto por apenas 5 (cinco) pessoas, sendo 1 (um) de nível fundamental, 3 (três) de nível médio, 1 (um) de nível superior (Assistente Social).

Já o Centro de Convivência "Dirceu Arcoverde" - grande porte, de gestão municipal, situada em zona urbana periférica, é o de maior capacidade e também o mais antigo (implantado em 30 de abril de 1988), possui 400 (quatrocentas) vagas para atender pessoas dos 30 (trinta) até 60 (sessenta) ou mais anos de idade, com atividades do SCFV, realiza cursos, palestras, oficinas, visitas domiciliares, reuniões com familiares, comunidade e também com equipe multiprofissional. Sua equipe é formada por 14 (catorze) pessoas, sendo 5 (cinco) de nível fundamental, 7 (sete) de nível médio, 2 (dois) de nível superior (pedagogos). Destes colaboradores, 9 (nove) estão sob o regime estatutário, 1 (um) é comissionado e os outros 4 (quatro) de outros tipos de vinculação.

Equipamentos complexos com atividades diversificadas exigem recursos dos mais variados tipos, podendo ser muito dificultosa a avaliação e o acompanhamento detalhado de suas atividades, o que remete aos gestores a necessidade de elaboração e uso de indicadores para mensuração de níveis de oferta de serviços e também dos resultados alcançados. Como explica

Jannuzzi (2002), o uso de indicadores sociodemográficos têm sido cada vez mais procurados pelos entes, principalmente os municipais, para os fins de:

[...] subsidiar a elaboração dos planos diretores de desenvolvimento, assim como o plano plurianual de investimentos; avaliar impactos ambientais decorrentes da implantação de grandes projetos; justificar o repasse de verbas federais para a implementação de programas sociais; atender à necessidade de disponibilizar equipamentos ou serviços sociais para públicos específicos, por exigência legal (para portadores de deficiência, por exemplo) ou por pressão política da sociedade local (melhoria dos serviços de transporte urbano, por exemplo) (JANNUZZI, 2002, p. 53).

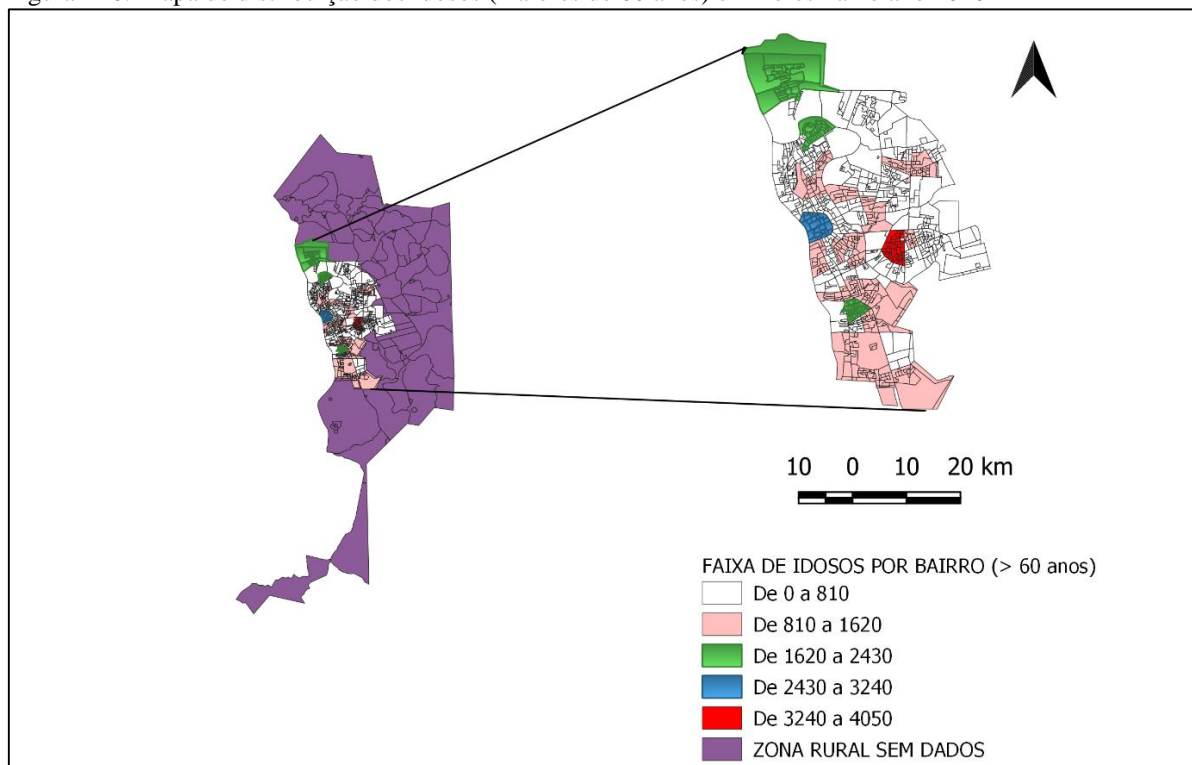
Desta maneira, para o posicionamento e dimensionamento de serviços públicos voltados à população idosa, faz-se jus à análise de indicadores acerca do perfil demográfico da população senil, de forma a favorecer o planejamento para a disposição adequada dos equipamentos, promovendo a integração efetiva à comunidade que servirá, além de possibilitar melhores condições para o dimensionamento dos recursos.

Outro aspecto importante a ser considerado é que a oferta do serviço supõe coerência e unidade de propósitos com as premissas que orientam a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), mas também a aproximação e a adequação às condições que se apresentam no município ou DF quanto às expressões particulares de suas demandas sociais. Para a organização da oferta do serviço, deverão ser levadas em consideração a história e as identidades socioculturais e econômicas dos territórios, a sua dimensão territorial e a densidade populacional, as distâncias e a mobilidade da população [...] (BRASIL, 2016c, p. 19).

Considerando o município como o espaço social em que a sensibilidade aos problemas sociais que afetam os cidadãos é mais aguçada, os planos de gestão municipais levam em conta indicadores de representações demográficas para que possam elaborar e implantar políticas públicas da forma mais racional possível, envidando esforços e recursos suficientes e sem desperdícios para a solução destes problemas.

Tomando essa ótica acerca dos dados e indicadores estatísticos, dispõe-se em sequência um conjunto de mapas temáticos (figuras nº 6 e 7), os quais foram elaborados com os dados da tabela nº 4 (População idosos residentes por bairros e por grupos de idade – 2010) e quadro nº 2 (Centros de Convivência para Pessoas Idosas sob Gestão Municipal de Teresina), obtidos a partir do Censo realizado pelo IBGE em 2010 e Censo SUAS – Centros de Convivência (2017), para possibilitar a análise sobre a localização dos centros de convivência para pessoas idosas no município de Teresina, os quais são objetos desta pesquisa:

Figura nº 6: Mapa de distribuição dos idosos (maiores de 60 anos) em Teresina no ano 2010

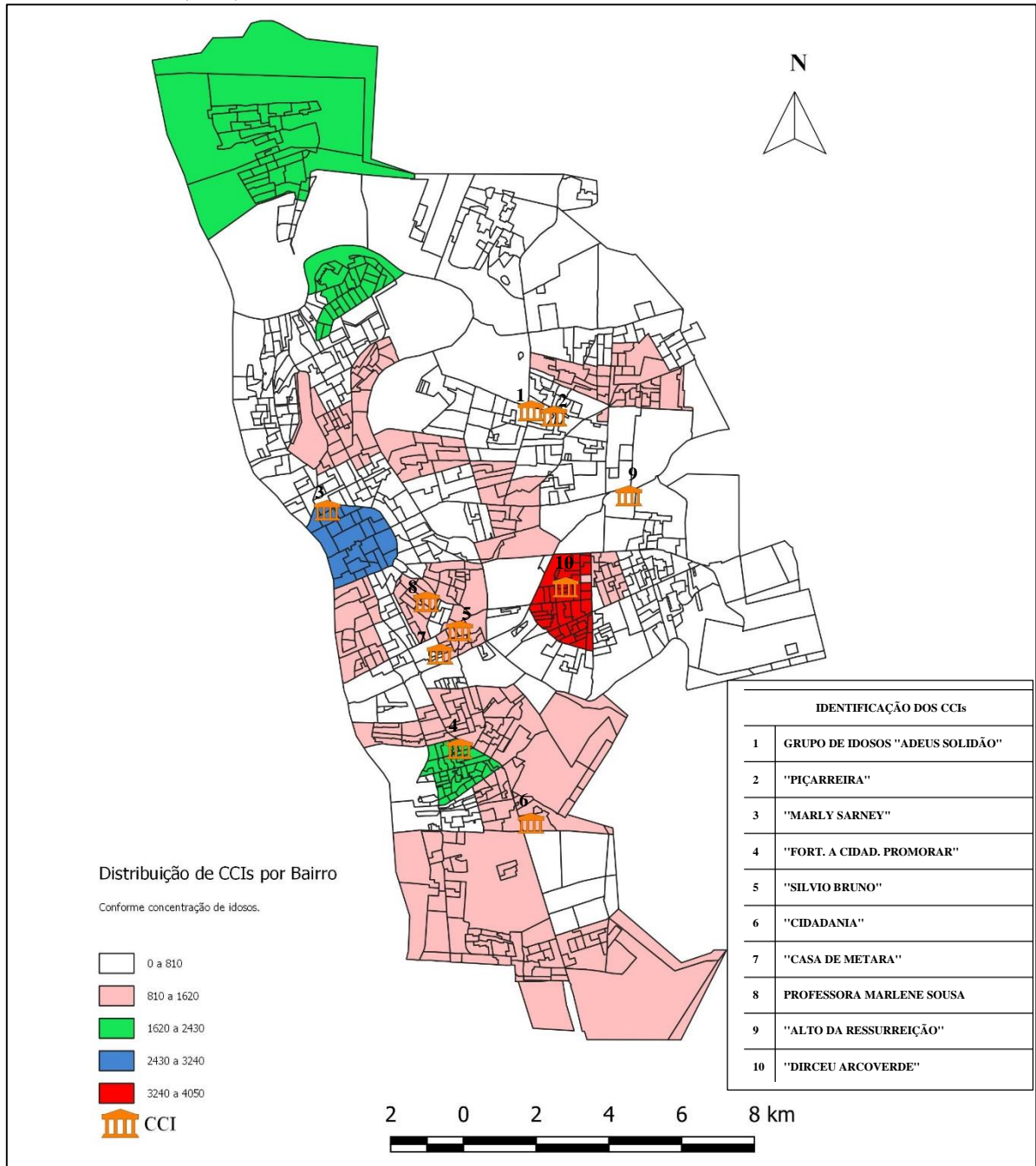


Fonte: Mapa elaborado pelo autor com uso do Software livre QGIS 3.2.0 e dados do Censo IBGE, 2010.

Como se pode observar, os bairros Centro e Itaré são os que possuem maior concentração de idosos, sendo o primeiro enquadrado na faixa de 2.430 (dois mil quatrocentos e trinta) a 3.240 (três mil duzentos e quarenta) idosos e o segundo na de 3.240 (três mil duzentos e quarenta) a 4.050 (quatro mil e cinquenta). No entanto, cabe observar que estes bairros estão circundados por outros bairros geralmente com até somente 810 (oitocentos e dez) idosos. As exceções são os bairros Vermelha ao Sul do bairro Centro e o Parque Ideal a leste do Itaré que aparecem com faixa de 1.620 (um mil seiscentos e vinte) a 2.430 (dois mil quatrocentos e trinta) idosos.

Na área rural, não foram disponibilizados registros de dados pelo Censo IBGE (2010), o que dificulta a análise quanto a equipamentos públicos instalados e dimensionados para atender as comunidades rurais do município.

Figura nº 7: Mapa de distribuição dos idosos (maiores de 60 anos - 2010) e Centros de Convivência para Pessoas Idosas em Teresina (2018).



Fonte: Mapa elaborado pelo autor com uso do software livre QGIS 3.2.0, com dados do Censo SUAS 2017 e IBGE, 2010.

Jannuzzi (2002) pondera acerca da utilização de indicadores no planejamento de políticas públicas, destacando a discussão sobre o uso, mau uso e abuso de indicadores para o planejamento público, explicando que mesmo sendo de crucial importância, os indicadores devem ser utilizados com cautela, pois, como explica:

[...] o otimismo exagerado em relação às potencialidades do planejamento governamental acabou gerando expectativas acima do que era possível realizarem a curto e médio prazos, sobretudo no contexto de crise fiscal do Estado a partir dos anos

1970. Os insucessos, sucessos parciais e excessos do planejamento tecnocrático no período acabaram criando um grande ceticismo com relação às atividades de planejamento público e, portanto, quanto à finalidade e utilidade dos sistemas de indicadores sociais (JANNUZZI, 2002, p. 54 a 55).

Explica ainda que, um indicador social é o elo de ligação entre o contexto do conceito teórico e abstrato com o contexto empírico das evidências dos fenômenos sociais observados, porém sem a capacidade de o indicador substituir o conceito teórico inicial, apenas auxiliando no seu entendimento (JANNUZZI, 2002, p. 55).

Desta feita, outros fatores, inclusive indicadores diversos, que não sejam apenas a localização geográfica da demanda etária, influenciam as decisões do poder público municipal para com a determinação da localização e dimensionamento das estruturas dos CCIs. Um fator de observação e suposição para investigação quanto à localização de tais equipamentos públicos deve considerar a localização dos CCIs da rede parceira (organizações não governamentais), por exemplo.

No entanto é notável que a escolha da localização dos CCIs públicos nos bairros tomou como um dos elementos de referência a disposição da demanda etária, ou seja, a concentração de idosos nos bairros (ver figura nº 7).

Sobre os CCIs localizados nos bairros Piçarreira e Piçarreira I, Grupo de Idosos "Adeus Solidão" e Centro de Convivência "Piçarreira", apresentam indícios de que as suas localizações obedeceram aos critérios de centralização espacial para o atendimento da população idosa da zona Leste de Teresina, pois mesmo localizados em um eixo de bairros que estão na faixa de 0 (zero) a 810 (oitocentos e dez) idosos, estão em uma posição aproximadamente equidistante para outros da faixa de 810 (oitocentos e dez) a 1.620 (um mil seiscentos e vinte) idosos.

O CCI "Marly Sarney", localizado no bairro Centro/Norte, bairro com a segunda maior concentração de idosos, fazendo extremo com a Zona Norte da cidade, assim como a proximidade da estação ferroviária urbana (metrô), possui seu acesso facilitado. No entanto, ao extremo norte da Zona Norte da capital, existem bairros com uma concentração de idosos significativa, como os bairros Mocambinho e Cidade Industrial.

A escolha da localização do Centro de Convivência "Fortalecendo a Cidadania Promorar", aponta indícios para a consideração da disposição da população idosa, visto que o bairro se encontra numa faixa de 1.620 (um mil seiscentos e vinte) a 2.430 (dois mil quatrocentos e trinta) idosos, além de ser um bairro em que seu entorno é formado em sua grande maioria por bairros da faixa de 810 (oitocentos e dez) a 1.620 (um mil seiscentos e vinte) idosos, assim como se posicionar em uma condição de próxima equidistância dos bairros circunvizinhos.

Os CCIS: Centro de Convivência "Silvio Bruno" no bairro Cidade Nova; Centro de Convivência "Casa de Metara" no bairro Redenção; e o Centro de Convivência Professora Marlene Sousa no bairro Monte Castelo, apresentam localização muito próximas, e geralmente em bairros com concentração de idosos na faixa de 810 (oitocentos e dez) a 1.620 (um mil seiscentos e vinte) idosos, porém a concentração pode ser explicada pela disposição de imóveis, assim como uma relação de equidistância com os dois bairros com maior concentração de idosos, de onde a demanda poderá se deslocar: Itararé, com 4.050 (quatro mil e cinquenta) idosos; e Centro, com 2.436 (dois mil quatrocentos e trinta e seis) idosos.

Ainda considerando a disposição dos idosos nos bairro de Teresina, é possível observar que o Centro de Convivência "Cidadania" – de grande porte – se situa em um bairro (Santo Antonio) com uma população idosa na faixa de até 1.620 (um mil seiscentos e vinte) idosos, e ainda circundada à leste por bairros da faixa de até 810 (oitocentos e dez) idosos.

O Centro de Convivência "Alto da Ressurreição" – grande porte, apesar de estar localizado em uma posição onde a faixa de população idosa é predominantemente de até 810 (oitocentos e dez), sua posição centralizada em uma grande área territorial em plena expansão rumo à direção rural, pode em parte justificar essa decisão sobre sua localização, de forma a ofertar o SCFV a regiões mais remotas da capital.

O último CCI da análise se refere ao Centro de Convivência "Dirceu Arcoverde" – grande porte, que está localizado no bairro com maior concentração de idosos em termos absolutos, 4.050 (quatro mil e cinquenta) idosos, sendo assim o de maior capacidade, 400 (quatrocentas) vagas.

3.2.2 Financiamento das Políticas de Assistência Social via SUAS

Historicamente pode-se relatar que o financiamento público das políticas de assistência social no país iniciou-se a partir da criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, em forma de fundação autárquica, a qual era responsável pela manutenção de programas de assistência social, em especial para pessoas com deficiência, idosos e crianças de 07 (sete) a 14 (catorze) anos de idade, por meio de convênios para repasses de recursos a instituições sem fins lucrativos e prefeituras (SILVA, 2012).

No ano de 1995, a LBA foi extinta pelas Medidas Provisórias nº 813/1995, nº 1651-42/1998 e Lei nº 9.649/1998, tendo suas atividades repassadas a então criada Secretaria de Assistência Social (SAS) em 1995 e para o Ministério da Previdência e Assistência Social em 1998, respectivamente, objetivando a execução da Política Nacional de Assistência Social e

continuidade dos programas federais executados por meio de convênios, com a responsabilidade de promover ações de integração e descentralização na área de assistência social, preparando então os municípios para que, no prazo de 3 (três) anos, estivessem aptos a receber os recursos federais conforme estabelecido pela LOAS. De forma que em 1998, com a implementação da Lei nº 9.604/98, os municípios começaram a se habilitar para a gestão compartilhada no SUAS e efetiva condição para recebimento dos recursos via transferência (BRASIL, 2013).

Sinteticamente, resume-se as principais características dos modelos de financiamento da Assistência Social no Brasil por períodos no quadro nº 3:

Quadro nº 3: Modelos de financiamento da Assistência Social no Brasil no período de 1996 a 2013

De 1996 a 1997	De 1998 a 1999	De 2000 a 2004	De 2005 a 2013
<ul style="list-style-type: none"> - A União firmava os Termos de Responsabilidade na lógica convencional. - A relação do financiamento e execução dos programas respeitava a seguinte lógica: <ul style="list-style-type: none"> 1 - União → Estado 1.1 - Estado → Estado (execução direta). 1.2 - Estado → Municípios/Entidades (execução indireta) 	<ul style="list-style-type: none"> - Com o início da municipalização, a SAS buscou uma forma de simplificar o repasse de recursos, mas ainda era realizado por meio de Termos de Referências e Planos de Trabalho; - A relação do financiamento e execução dos programas muda, tendo em vista a existência de municípios habilitados a receberem os recursos federais: <ul style="list-style-type: none"> 1 - União → Estado 1.1 - Estado → Estado (execução direta) 1.2 - Estado → Municípios/Entidades (execução indireta) E 1 - União → Município (execução direta) 1.1 - Município → Entidades (execução indireta) - Exigência de Certidão Negativa de Débitos para repasse de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir do ano 2000 não se firmava mais instrumentos como o Termo de Referência, pois após a reformulação passou-se a utilizar portarias ministeriais e o Plano de Ação. - A operacionalização de repasse e o gerenciamento da prestação de contas eram realizados pelo sistema de informação denominado SIAFAS. - A relação entre financiamento e execução dos programas muda, tendo em vista a existência de municípios habilitados a receberem os recursos federais: <ul style="list-style-type: none"> 1 - União → Estado 1.1 - Estado → Estado (execução direta) 1.2 - Estado → Municípios/Entidades (execução indireta). E 1 - União → Município (execução direta) 1.1 - Município → Entidades (execução indireta) - Exigência de Certidão Negativa de Débitos para repasse de recursos. - Repasse por atendimento realizado, lógica de transferência de recurso <i>per capita</i>. Remuneração pelo serviço prestado com posterior ressarcimento pela União. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de paradigma relativo ao financiamento da assistência social. Sistema Único de Assistência Social. Publicação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004, Norma Operacional Básica de 2005 e na sequência a Norma Operacional Básica de 2012.

Fonte: BRASIL, 2013, p. 42 a 43.

Na atualidade se vive o modelo de financiamento estabelecido no cofinanciamento, de acordo com a mudança de paradigma relativo ao financiamento da assistência social, determinado pelo Sistema Único de Assistência Social, em consonância com as prescrições da

Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004, Normas Operacional Básica de 2005 e Norma Operacional Básica de 2012.

Ainda contextualizando a época pré-SUAS, cabe destaque a alguns dos principais programas instituídos e implementados para atender segmentos específicos da sociedade, como descrito no quadro nº 4:

Quadro nº 4: Programas de Assistência Social de âmbito federal implementados no período pré-SUAS

PROGRAMAS	DESCRIÇÃO
Programa de Atendimento à criança	<p>- Objetivos: garantir o desenvolvimento biopsicossocial de crianças de 0 a 6 anos e a sua integração gradativa ao sistema educacional, bem como orientar as famílias sobre os cuidados e a importância de sua participação nesse processo.</p> <p>- Público-alvo: crianças de 0 a 6 anos e famílias com crianças nesta faixa etária em situação de pobreza.</p>
Programa de Erradicação do Trabalho Infantil	<p>- Objetivos: eliminar a prática do trabalho por menores de 7 a 14 anos, ampliando o universo de informações de crianças e adolescentes retirados do trabalho, contribuindo assim para seu sucesso escolar e para assegurar sua permanência na escola no turno em que não estiver em aula, garantindo com isso que não exerçam atividades profissionais nesse período.</p> <p>- Público-alvo: crianças e adolescentes na faixa etária de 7 a 14 anos que estão trabalhando em situações ilegais.</p>
Programa de Atendimento ao Idoso	<p>- Objetivos: promover a valorização da pessoa idosa no que concerne à sua independência funcional e assistência social, atender o idoso independente e dependente que possua deficiência temporária (que necessite de assistência multiprofissional), melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa em situação de vulnerabilidade social, promover sua integração social e o fortalecimento dos seus laços familiares mediante o atendimento de suas necessidades básicas, a defesa e a garantia de seus direitos.</p> <p>- Público-alvo: idosos a partir de 60 anos ou mais ou que apresentem acelerado processo de envelhecimento em situação de pobreza.</p>
Programa de Atendimento ao Portador de Deficiência	<p>- Objetivos: apoiar ações de prevenção, prestar assistência, favorecer a integração social das pessoas portadoras de deficiência, em situação de vulnerabilidade social, no contexto familiar e comunitário, atendimento especializado em instituições ou no domicílio, habilitação, reabilitação e inclusão social da pessoa com deficiência e seu núcleo familiar, estímulo à capacitação para o mercado de trabalho, preparação e incorporação ao mercado de trabalho e promoção da vida independente.</p> <p>- Público-alvo: pessoas portadoras de deficiência em situação de pobreza.</p>
Serviço de Proteção Socioassistencial da Juventude - Abrigo	<p>Objetivos: prestar atendimento a crianças e adolescentes em situação de abandono, risco pessoal ou social, privados da convivência, do apoio e da orientação dos pais ou responsável, por morte, abandono ou desestruturação familiar, melhorando a qualidade de vida e promovendo o desenvolvimento biopsicossocial.</p> <p>- Público-alvo: crianças e adolescentes.</p>
Projeto Agente Jovem para o Desenvolvimento Social e Humano (AGENTE JOVEM)	<p>Objetivos: criar condições para a inserção, reinserção e permanência do jovem no sistema de ensino; promover sua integração à família, à comunidade e à sociedade; desenvolver ações para o protagonismo juvenil; preparar o jovem para atuar como agente de transformação e desenvolvimento de sua comunidade; contribuir para a diminuição dos índices de violência, uso de drogas, DST/AIDS, gravidez não planejada; desenvolver ações que facilitem sua integração, quando da sua inserção no mundo do trabalho.</p> <p>- Público-alvo: jovens e adolescentes de 14 a 17 anos.</p>
Programa de Atenção Integral à Família – PAIF	<p>- Objetivos: promover a emancipação e a inclusão social das famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social, priorizando os recortes de etnia e gênero, garantindo a manutenção e o funcionamento dos núcleos</p>

	de referência da política pública de assistência social, responsáveis, no âmbito municipal, pelo atendimento sociopedagógico das famílias em situação de vulnerabilidade social. - Público-alvo: famílias em situação de pobreza e vulnerabilidade social.
Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (antigo Sentinela)	- Objetivos: prevenir e combater a violência, o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes por meio da recepção, acompanhamento, orientação e acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual em caráter provisório. - Público-alvo: crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade em relação à violência, ao abuso e à exploração sexual e respectivas famílias.

Fonte: BRASIL, 2013, p. 43 a 45.

Após as deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 2003, objetivando principalmente a forma matricial das estruturas de proteção social, com a deliberação pela implementação do Sistema Único de Assistência Social e consequente ganho normativo com a publicação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004, da Norma Operacional Básica de 2005 e na sequência a da Norma Operacional Básica de 2012, seguindo-se com os programas, englobando projetos, serviços e ações, assim como benefícios no âmbito da assistência social que passaram a ser financiados por recursos provenientes do orçamento da seguridade social e também por outras fontes como cofinanciamento por parte dos beneficiários por meio de contribuições, empregadores por recolhimento e tributação e também pelos entes federativos subnacionais. Instituiu assim um novo sistema político de assistência social pautado numa nova diretriz, tendo como parâmetros: Matricialidade sóciofamiliar; Descentralização político-administrativa e territorialização; Participação da sociedade; Controle social; Cofinanciamento das três esferas de governo; Política de recursos humanos; e Monitoramento constante, com análise e levantamento de informações (BRASIL, 2013).

Com a instituição do modelo descentralizado de gestão proposto pela então vigente Constituição da República Federativa do Brasil (1988), com a amplitude da seguridade social, englobando agora a previdência, a saúde e a assistência social, o ônus do financiamento tornou-se compartilhado entre os membros da sociedade, ou seja: empregadores (impostos sobre receita e sobre lucro); empregados e outros segurados (contribuições para previdência); receitas sobre prognósticos (sorteios, loterias); e imposto sobre importação de bens e serviços do exterior. Desta maneira, o custeio pode expressar-se de forma direta ou indireta por intermédio das contribuições sociais, e recursos da União, dos Estados e dos Municípios.

Assim, considerando a amplitude da seguridade social no que diz respeito às condições de financiamento, instituiu-se que as ações devem ser planejadas e elaboradas de forma integrada pelas instituições e órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social, em

consonância com o conjunto de metas e prioridades estabelecidas pela Lei de Diretrizes Orçamentárias.

No que cabe à Assistência Social, a NOB/SUAS de 2012 a organiza da seguinte forma:

Art. 1º A política de assistência social, que tem por funções a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, organiza-se sob a forma de sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

Parágrafo único. A assistência social ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, prevenir a incidência de riscos sociais, independente de contribuição prévia, e deve ser financiada com recursos previstos no orçamento da Seguridade Social (BRASIL, 2012).

Em um modelo modernamente descentralizado, a CF/1988 estabeleceu então uma estrutura sistêmica da relação entre a União e os demais entes federados, numa pactuação na qual a União essencialmente exerce o encargo da regulação e do cofinanciamento por meio de transferências regulares, nos moldes da Lei Federal 8.742/1993 (LOAS) (DELGADO *et al.*, 2017, p. 3).

Observável também é o fato de que a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que os serviços da seguridade social poderão ser expandidos mediante aprovação de lei que institua novas fontes de recursos.

O cofinanciamento federal do Sistema Único de Assistência Social é realizado por meio do Fundo Nacional de Assistência Social, estabelecido pela Lei Orgânica de Assistência Social – Lei nº 8.742/1993 (LOAS) e alterações pela Lei nº 12.435/2011, com normatização atualizada pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social de 2012 – NOB/SUAS 2012, Portaria nº 113/2015-MDS, de 10 de dezembro de 2015, Portaria nº 967/2018-MDS, de 22 de março de 2018, e Portaria nº 2.601, de 06 de novembro de 2018, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e ainda conforme Portaria nº 65, de 29 de março de 2018, da Secretaria Nacional de Assistência Social.

Conforme NOB/SUAS 2012 (aprovada pela Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012), os entes federativos possuem competências e responsabilidades comuns e específicas conforme artigos nº 12 a 17 da NOB/SUAS/2012. Dentre as comuns pode-se destacar: a elaboração do pacto de aprimoramento do SUAS; a instituição do conselho de assistência social; a criação do fundo de assistência social; e a elaboração do plano de assistência social.

Destaca-se a importância do Plano de Assistência Social, elaborado para uma duração de 4 (quatro) anos, baseado na realidade social do território englobando dinâmicas econômicas, sociais, políticas e culturais, de forma a considerar inclusive as demandas e potencialidades locais (NOB/SUAS/2012, artigos nº 18 a 22).

[...]

§2º A estrutura do plano é composta por, dentre outros:

- I - diagnóstico socioterritorial;
- II - objetivos gerais e específicos;
- III - diretrizes e prioridades deliberadas;
- IV - ações e estratégias correspondentes para sua implementação;
- V - metas estabelecidas;
- VI - resultados e impactos esperados;
- VII - recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis e necessários;
- VIII - mecanismos e fontes de financiamento;
- IX - cobertura da rede prestadora de serviços;
- X - indicadores de monitoramento e avaliação;
- XI - espaço temporal de execução.

A respeito do Pacto de Aprimoramento do SUAS, este se constitui num “mecanismo de indução do aprimoramento da gestão, dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais” (NOB/SUAS, 2012, art. nº 23). Também com duração de 4 (quatro) anos, sendo obrigatória sua revisão em torno das metas, objetivos e indicadores a cada edição (NOB/SUAS/2012, artigos 23 a 35).

Adentrando-se mais especificamente no aspecto financeiro e orçamentário do SUAS, os principais instrumentos de gestão são o próprio orçamento da assistência social e os fundos de assistência social, guiados pelos princípios da Administração Pública, e em especial: a legalidade; a impessoalidade; a moralidade; a publicidade; e a eficiência (NOB/SUAS/2012, artigos 44 e 45).

A elaboração do orçamento da assistência social, sendo uma orçamentação típica da Administração Pública, deve seguir as regras próprias conforme estabelecidas na Lei de Orçamento Público (Lei 4.320/1964), assim como as da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000).

A existência dos fundos de assistência social em cada esfera (federal, estadual, distrital e municipal) dá maior transparência, efetividade e regularidade de recursos para gestão. Ademais, todos os recursos do orçamento da assistência social deverão ser realizados por intermédio dos fundos, por meio de movimentação financeira do tipo transferência fundo a fundo entre os entes federativos, em especial os repasses da União em prol dos Estados e Municípios, que possuem grande importância orçamentária na execução das políticas de assistência social no Brasil.

O modelo de financiamento do SUAS caracteriza-se pela coparticipação, ou seja, possui uma estrutura de cofinanciamento, de forma compartilhada, contando com transferências regulares e automáticas, com observância do orçamento acerca especialmente das obrigatoriedades de alocação dos recursos, fazendo com que as políticas de assistência social ganhem força nas características de continuidade e consistência.

Pressupostos são necessários para o cofinanciamento e a gestão compartilhada do SUAS, assim como requisitos e critérios de repartição das obrigações no que cabe ao financiamento, como determina os artigos 51 a 55 da NOB/SUAS/2012:

Art. 51. O cofinanciamento na gestão compartilhada do SUAS tem por pressupostos:
I - a definição e o cumprimento das competências e responsabilidades dos entes federativos;

II - a participação orçamentária e financeira de todos os entes federativos;

III - a implantação e a implementação das transferências de recursos por meio de repasses na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática;

IV - o financiamento contínuo de benefícios e de serviços socioassistenciais tipificados nacionalmente;

V - o estabelecimento de pisos para os serviços socioassistenciais e de incentivos para a gestão;

VI - a adoção de critérios transparentes de partilha de recursos, pactuados nas Comissões Intergestores e deliberados pelos respectivos Conselhos de Assistência Social;

VII - o financiamento de programas e projetos.

Art. 52. São requisitos mínimos para que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios recebam os recursos referentes ao cofinanciamento federal, de acordo com o art. 30, da LOAS:

I - conselho de assistência social instituído e em funcionamento;

II - plano de assistência social elaborado e aprovado pelo conselho de assistência social;

III - fundo de assistência social criado em lei e implantado; e

IV - alocação de recursos próprios no fundo de assistência social.

Art. 53. Os Municípios e o Distrito Federal devem destinar recursos próprios para o cumprimento de suas responsabilidades, em especial:

I - custeio dos benefícios eventuais;

II - cofinanciamento dos serviços, programas e projetos socioassistenciais sob sua gestão;

III - atendimento às situações emergenciais;

IV - execução dos projetos de enfrentamento da pobreza;

V - provimento de infraestrutura necessária ao funcionamento do Conselho de Assistência Social Municipal ou do Distrito Federal.

Parágrafo único. Os Municípios e o Distrito Federal, quando instituírem programas de transferência de renda, poderão fazê-lo, preferencialmente, integrados ao Programa Bolsa Família.

Art. 54. Os Estados devem destinar recursos próprios para o cumprimento de suas responsabilidades, em especial para:

I - a participação no custeio do pagamento de benefícios eventuais referentes aos respectivos municípios;

II - o apoio técnico e financeiro para a prestação de serviços, programas e projetos em âmbito local e regional;

III - o atendimento às situações emergenciais;

IV - a prestação de serviços regionalizados de proteção social especial de média e alta complexidade, quando os custos e a demanda local não justificarem a implantação de serviços municipais;

V - o provimento da infraestrutura necessária ao funcionamento do Conselho Estadual de Assistência Social;

Parágrafo único. Os Estados, quando instituírem programas de transferência de renda, poderão fazê-lo, preferencialmente, integrados ao Programa Bolsa Família.

Art. 55. A União tem por responsabilidade:

I - o financiamento do Benefício de Prestação Continuada - BPC;

II - o financiamento do Programa Bolsa Família - PBF;

III - o apoio técnico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;

IV - o cofinanciamento dos serviços, programas e projetos socioassistenciais, inclusive em casos emergenciais e de calamidade pública.

Parágrafo único. O cofinanciamento federal poderá se dar sem a realização de convênios, ajustes ou congêneres, desde que seja cumprido o art. 30 da LOAS (BRASIL, 2012).

Uma novidade importante trazida pela NOB/SUAS de 2012 refere-se à constituição de Blocos de Financiamento, ou seja, conjuntos de “recursos destinados aos serviços, programas e projetos, devidamente tipificados e agrupados, e à sua gestão, na forma definida em ato do Ministro de Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome” (NOB/SUAS, 2012, art. 56), conforme especificações no artigo 57 da NOB/SUAS (2012):

Art. 57. Os Blocos de Financiamento se destinam a cofinanciar:

I - as Proteções Sociais Básica e Especial, em seu conjunto de serviços socioassistenciais tipificados nacionalmente;

II - a gestão do SUAS;

III - a gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único; e

IV - outros, conforme regulamentação específica.

§1º Os recursos referentes a cada Bloco de Financiamento somente devem ser aplicados nas ações e nos serviços a eles relacionados, incluindo as despesas de custeio e de investimento em equipamentos públicos, observados os planos de assistência social e a normatização vigente.

§2º Os repasses fundo a fundo serão efetuados para cada Bloco de Financiamento, considerando a especificidade de seus componentes, com exceção dos recursos destinados a acordos específicos de cooperação interfederativa e a programas específicos que contenham regulação própria.

§3º Os Blocos de Financiamento poderão ser desdobrados para facilitar a identificação dos serviços socioassistenciais para os quais se destinavam originariamente (BRASIL, 2012).

Uma das principais vantagens do sistema de financiamento por blocos refere-se especificamente à possibilidade da organização de rede local de serviços, conforme grau de complexidade, baseada em planejamento, consistência, continuidade e previsibilidade de recursos.

É importante frisar que no que tange à Proteção Social Básica (PSB), o cofinanciamento é feito mediante dois componentes: Piso Básico Fixo e Piso Básico Variável. O primeiro destina-se ao “acompanhamento e atendimento à família e seus membros, no desenvolvimento do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF, necessariamente ofertado pelo Centro de Referência da Assistência Social – CRAS” (NOB/SUAS, 2012, art. 64) (BRASIL, 2012), tomando por base a quantidade de famílias referenciadas no aparelho. Enquanto que o segundo, o Piso Básico Variável destina-se:

Art. 65. O Piso Básico Variável destina-se:

I - ao cofinanciamento dos serviços complementares e inerentes ao PAIF;

II - ao atendimento de demandas específicas do território;

III - ao cofinanciamento de outros serviços complementares que se tornem mais onerosos em razão da extensão territorial e das condições de acesso da população;

IV - ao cofinanciamento de serviços executados por equipes volantes, vinculadas ao CRAS;

V - a outras prioridades ou metas pactuadas nacionalmente (BRASIL, 2012).

Um outro bloco de financiamento voltado ao incentivo para aperfeiçoamento da gestão do SUAS, refere-se ao denominado Gestão Descentralizada do SUAS e do Programa Bolsa Família (PBF): Índice de Gestão Descentralizada Estadual do Sistema Único de Assistência Social - IGDSUAS-E e o Índice de Gestão Descentralizada Municipal do Sistema Único de Assistência Social - IGDSUAS-M; Índice de Gestão Descentralizada Estadual do Programa Bolsa Família - IGD PBF-E e o Índice de Gestão Descentralizada Municipal do Programa Bolsa Família - IGD PBF-M, instituídos pelo art. 8º da Lei nº 10.836 de 2004 (NOB/SUAS, 2012, art. 72 a 74). Estes blocos de financiamento propõem então um elemento de motivação para incremento de processos da gestão e dos serviços, com um enfoque meritocrático e da gestão por resultados, pois os volumes variam conforme índices de desempenho de gestão descentralizada, o IGDSUAS e IGD-PBF, respectivamente.

No cofinanciamento do sistema de Proteção Social Básica, são considerados: o número de famílias existentes no Município ou Distrito Federal, de acordo com os dados de população levantados pelo IBGE; o número de famílias constantes do Cadastro Único, tomando como referência os cadastros válidos de cada Município e do Distrito Federal; a extensão territorial; as especificidades locais ou regionais; a cobertura de vulnerabilidades por ciclo de vida; e outros indicadores que vierem a ser pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de acordo a NOB/SUAS, 2012, art. 79 (BRASIL, 2012). Além do mais, o cofinanciamento está atrelado à disponibilidade orçamentária e financeira de cada ente federativo, devendo efetivar-se a partir da adoção de objetivos e pressupostos constantes do artigo 78 da NOB/SUAS de 2012:

Art. 78. O cofinanciamento dos serviços socioassistenciais, observada a disponibilidade orçamentária e financeira de cada ente federativo, efetivar-se-á a partir da adoção dos seguintes objetivos e pressupostos:

I - implantação e oferta qualificada de serviços socioassistenciais nacionalmente tipificados;

II - implantação e oferta qualificada de serviços em territórios de vulnerabilidade e risco social, de acordo com o diagnóstico das necessidades e especificidades locais e regionais, considerando os parâmetros do teto máximo estabelecido para cofinanciamento da rede de serviços e do patamar existente;

III - atendimento das prioridades nacionais e estaduais pactuadas;

IV - equalização e universalização da cobertura dos serviços socioassistenciais (BRASIL, 2012).

Neste contexto, outra inovação constitucional diz respeito à participação social no controle e gestão do SUAS por meio dos Conselhos de Assistência Social, com caráter deliberativo, e com atuação na formulação, planejamento, monitoramento, fiscalização e inclusive quanto às movimentações dos fundos de assistência social, como rezam os artigos nº 84 a 86 da NOB/SUAS (2012):

Art. 85. Incumbe aos Conselhos de Assistência Social exercer o controle e a fiscalização dos Fundos de Assistência Social, mediante:

- I - aprovação da proposta orçamentária;
- II - acompanhamento da execução orçamentária e financeira, de acordo com a periodicidade prevista na Lei de instituição do Fundo ou em seu Decreto de regulamentação, observando o calendário elaborado pelos respectivos conselhos;
- III - análise e deliberação acerca da respectiva prestação de contas.

Art. 86. No controle do financiamento, os Conselhos de Assistência Social devem observar:

- I - o montante e as fontes de financiamento dos recursos destinados à assistência social e sua correspondência às demandas;
- II - os valores de cofinanciamento da política de assistência social em nível local;
- III - a compatibilidade entre a aplicação dos recursos e o Plano de Assistência Social;
- IV - os critérios de partilha e de transferência dos recursos;
- V - a estrutura e a organização do orçamento da assistência social e do fundo de assistência social, sendo este na forma de unidade orçamentária, e a ordenação de despesas deste fundo em âmbito local;
- VI - a definição e aferição de padrões e indicadores de qualidade na prestação dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais e os investimentos em gestão que favoreçam seu incremento;
- VII - a correspondência entre as funções de gestão de cada ente federativo e a destinação orçamentária;
- VIII - a avaliação de saldos financeiros e sua implicação na oferta dos serviços e em sua qualidade;
- IX - a apreciação dos instrumentos, documentos e sistemas de informações para a prestação de contas relativas aos recursos destinados à assistência social;
- X - a aplicação dos recursos transferidos como incentivos de gestão do SUAS e do Programa Bolsa Família e a sua integração aos serviços;
- XI - a avaliação da qualidade dos serviços e das necessidades de investimento nessa área;
- XII - a aprovação do plano de aplicação dos recursos destinados às ações finalísticas da assistência social e o resultado dessa aplicação;
- XIII - o acompanhamento da execução dos recursos pela rede prestadora de serviços socioassistenciais, no âmbito governamental e não governamental, com vistas ao alcance dos padrões de qualidade estabelecidos em diretrizes, pactos e deliberações das Conferências e demais instâncias do SUAS (BRASIL, 2012).

Conforme o Ministério do Desenvolvimento Social, o financiamento por intermédio do SUAS ocorrem em ações de proteção, como:

Serviços: Atividades continuadas que visam à melhoria da vida da população. São ações voltadas para as necessidades básicas dos cidadãos, observando os objetivos e diretrizes estabelecidos em lei. A PNAS prevê seu ordenamento em rede de acordo com os níveis de proteção social: básica e especial, de média e alta complexidade.

Programas: Ações integradas e complementares com objetivos, prazo e área de abrangência definidos para incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais. Não são ações continuadas.

Projetos: Destinados às pessoas em situação de pobreza, são investimentos econômicos e sociais que buscam subsidiar técnica e financeiramente iniciativas para garantir capacidade produtiva e de gestão para a melhoria das condições gerais de subsistência, a elevação da qualidade de vida e a preservação do meio ambiente, em articulação com as demais políticas públicas. De acordo com a PNAS/2004, esses projetos integram o nível de proteção social básica. Contudo, podem voltar-se às famílias e pessoas em situação de risco, público-alvo da proteção social especial.

Benefícios – Três tipos: Benefício de Prestação Continuada (BPC): provido pelo governo federal, consiste no repasse de um salário mínimo mensal ao idoso (com 65 anos ou mais) e à pessoa com deficiência que comprovem não ter meios para suprir sua subsistência ou de tê-la suprida por sua família. Benefícios Eventuais: têm como objetivo o pagamento de auxílio por natalidade, morte ou para atender necessidades originadas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa com deficiência, a gestante, a nutriz e em casos de

calamidade pública. Transferência de Renda: programas de repasse direto de recursos dos fundos de assistência social aos beneficiários como forma de acesso à renda, de combate à fome, à pobreza e outras formas de privação de direitos que levem à situação de vulnerabilidade social, criando possibilidades para a emancipação, o exercício da autonomia das famílias e indivíduos atendidos e o desenvolvimento local (BRASIL, 2013, p. 48).

Assim, os serviços são agregados em pisos de financiamento, a fim de que todos os níveis de proteção tenham garantias de sua execução e aperfeiçoamento, de modo que não restem prejudicados os direitos de pessoas que demandam por assistência especificamente em cada nível de proteção. O quadro nº 03 a seguir demonstra a agregação dos pisos conforme bloco de financiamento e serviços:

Quadro nº 5: Pisos de Financiamento SUAS

BLOCO DE PROTEÇÃO SOCIAL	PISO	SERVIÇO
Proteção Social Básica	Básico fixo (PBF)	PAIF
	Variável (PBV)	Serviços de convivência e fortalecimento de vínculos (SCFV) ²
	Variável (PBV)	Equipes volantes
	Variável (PBV)	Manutenção das lanchas
Proteção Social especial de Média Complexidade	Fixo de Média Complexidade (PFMC)	Serviço de proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos (PAEFI)
	Fixo de Média Complexidade (PFMC)	Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC)
	Fixo de Média Complexidade (PFMC)	Serviço especializado para pessoas em situação de rua
	Fixo de Média Complexidade (PFMC)	Serviço especializado em abordagem social
	Fixo de Média Complexidade (PFMC)	Serviço de proteção social especial em Centro-dia de referência para pessoas com deficiência e em situação de dependência e suas famílias
	Transição de Média Complexidade	Serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias
Proteção Social Especial de Alta Complexidade	Piso fixo de alta complexidade (PAC I)	Serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes
	Piso fixo de alta complexidade (PAC I)	Serviço de acolhimento ao público geral
	Piso fixo de alta complexidade (PAC II)	Serviço de acolhimento institucional para pessoas em situação de rua
	Piso fixo de alta complexidade (PAC II)	Serviço de acolhimento institucional para jovens e adultos com deficiência e em situação de dependência
	Piso variável de alta complexidade (PVAC)	Serviço de proteção social especial em situações de calamidades públicas e emergências
	Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho (Acessuas)	Pessoas economicamente ativas que necessitem de mediação do acesso ao mundo do trabalho
Programas	Capacitação dos Trabalhadores do SUAS (Capacita SUAS)	Trabalhadores do SUAS
Gestão	Índice de Gestão Descentralizada do SUAS (IGD-SUAS)	Estados e municípios
	Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família (IGD- PBF)	Estados e municípios

Fonte: BRASIL, 2013, p. 49 a 50.

² Recursos para manutenção dos serviços dos Centros de Convivências provém basicamente do SCFV.

Importante destacar que os pisos de assistência social podem sofrer alterações ao longo do tempo, conforme identificação de necessidade pelo SUAS. A exemplo, cada piso correspondia a uma conta vinculada de forma que a execução e operacionalização dos serviços se restava dificultada. Assim, para facilitar a gestão, com a NOB/SUAS de 2012 e Decreto Federal nº 7.788/2012, foram criados os blocos de financiamento, dando maior liberdade para os gastos em mesmo nível de proteção (BRASIL, 2013, p. 50 a 51).

A portaria nº 113/2015 do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, regulamenta o cofinanciamento federal do SUAS e as transferências fundo a fundo, além dos serviços de aprimoramento de gestão por meio dos Blocos de Financiamento e outras determinações.

Em seu capítulo terceiro, a Portaria nº 113/2015 do MDS trata especificamente dos Blocos de Financiamento por meio dos quais os recursos federais são destinados ao cofinanciamento dos serviços e incentivo ao aprimoramento da gestão, conforme a seguinte estruturação: I – Bloco da Proteção Social Básica; II – Bloco da Proteção Social Especial de Média Complexidade; III – Bloco da Proteção Social Especial de Alta Complexidade; IV – Bloco da Gestão do SUAS; e V – Bloco da Gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único (artigos nº 7 a 12, Portaria nº 113/2015-MDS).

As transferências se dão na modalidade fundo a fundo pelo Fundo Nacional de Assistência Social mediante encaminhamento de informações necessárias por parte da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC), podendo a SNAS suspender, bloquear e realizar medidas no âmbito administrativo e de monitoramento dos serviços, programas e projetos, respeitadas as competências em normas vigentes.

Desta maneira, as transferências ocorrem no fluxo do FNAS aos Fundos de Assistência Social dos Estados, Municípios, Distrito Federal, respeitando as especificidades dos Blocos de Financiamento e dos programas e projetos vigentes, por contas correntes especificamente criadas pelo FNAS para cada tipo de transferência em favor dos fundos de assistência social dos Estados, Municípios e Distrito Federal, em instituição financeira devidamente conveniada por acordo de cooperação com o MDS, nas quais os recursos deverão ser depositados e geridos, inclusive com a aplicação destes recursos em fundos de remuneração a curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, enquanto estes não estejam sendo utilizados conforme art. nº 16 da Portaria nº 113/2015 do MDS (BRASIL, 2015b).

Quanto à execução financeira, é importante destacar que os recursos referentes a cada Bloco de Financiamento, Programa e Projeto devem ser aplicados exclusivamente nas ações e

finalidades definidas para estes especificamente. Além do que, os recursos dos Blocos de Financiamento referidos podem ser utilizados para qualquer serviço dentro do respectivo Bloco, desde que sejam asseguradas as ofertas das ações pactuadas, dentro dos padrões e condições normatizadas, promovendo assim uma melhora da mobilidade de gestão dos recursos para os gestores em cada esfera.

Não é permitido que as parcelas de cofinanciamento estadual, municipal e do Distrito Federal sejam depositadas nas contas vinculadas ao cofinanciamento federal, nem tampouco que haja a aplicação de recursos em conta centralizadora ou qualquer outro mecanismo semelhante, sob pena de devolução de recursos ao FNAS.

A Portaria nº 967, de 22 de março de 2018, trouxe modificações importantes sobre os sistemas de financiamento, sendo destacada a unificação dos Blocos de Proteção Social Especial de Média Complexidade e a Proteção Social Especial de Alta Complexidade, tornando-se apenas Bloco de Proteção Social Especial, dando maior liberdade de manobra para os gestores do SUAS nos entes subnacionais. Além do mais, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome reconhecendo as dificuldades de aporte de recursos e também da má gestão dos fundos por parte de alguns entes subnacionais, mediante esta mesma portaria, passou a priorizar o repasse de recursos, conforme disponibilidade financeira, aos entes federativos que apresentarem menor saldo nas contas dos respectivos fundos de assistência social, com a devida observância dos saldos individualizados dos Programas, Projetos e dos Blocos de Proteção Social Básica, Proteção Social Especial e da Gestão do SUAS. Tal feito constituiu-se em ação proveniente das auditorias das contas por parte do FNAS, nas quais foram constatadas que muitos entes federativos subnacionais não vinham executando adequadamente as parcelas recebidas, conforme determinações do Plano de Ação, e deliberações dos Conselhos Bipartite e Tripartites (BRASIL, 2018).

Os entes são os responsáveis pela regular utilização dos recursos, devendo sempre a prestação de contas e envio de informações e documentos, ou mesmo realizar a devolução de recursos à União quando for o caso, mediante procedimento próprio (por meio de Guia de Recolhimento da União) discriminado em portarias do MDS.

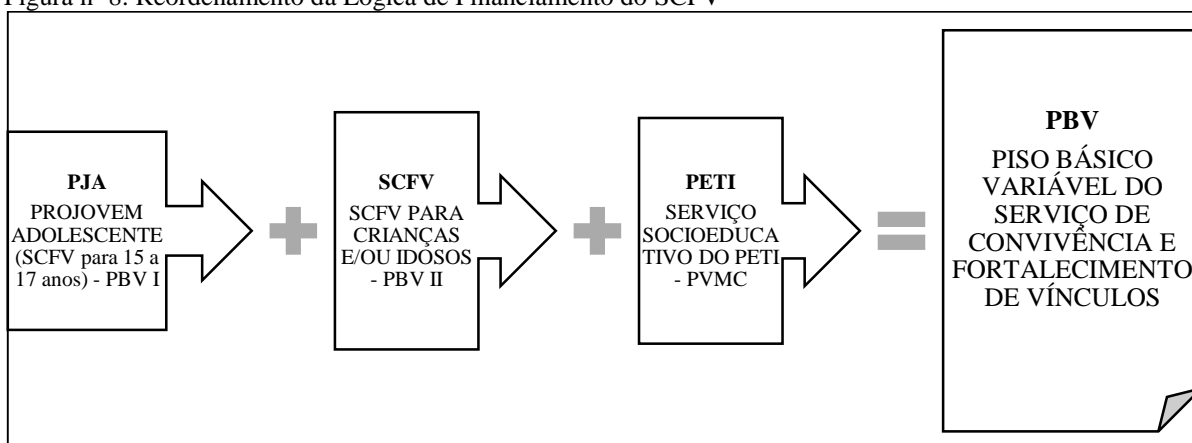
Os procedimentos de prestação de contas devem obedecer ao estipulado pela Portaria nº 113/2015, artigos 33 ao 42. O artigo 33 da Portaria nº 113/2015-MDS, determina que os recursos dos Blocos de Financiamento da Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média Complexidade, Proteção Social Especial de Alta Complexidade, dos Programas e dos Projetos terão suas Prestações de Contas registradas em instrumento denominado Demonstrativo Sintético Anual de Execução Físico Financeira, contido no sistema

informatizado SUASWeb, cujos dados deverão ser lançados pelos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal e submetidos à manifestação do Conselho de Assistência Social competente, quanto ao cumprimento das finalidades dos recursos. No entanto, este demonstrativo anual não substitui a prestação de contas para os Blocos de Financiamento da Gestão do SUAS e da Gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único, sendo apenas um instrumento de caráter informacional para o MDS, não tendo valor de prestação de contas para o gestor federal, conforme atos normativos que disciplinam a matéria.

No geral, no que tange a prestação de contas, a Portaria nº 113/2015 do MDS disciplina prazos e procedimentos para tal, estabelecendo a forma de apresentação da prestação das contas, os prazos e os procedimentos para diligência.

No que se refere ao financiamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (política foco deste estudo quando por intermédio dos Centros de Convivência), este passou por um processo de reordenamento com objetivo de equalização e requalificação da oferta deste serviço com o cofinanciamento por parte do governo federal. O modelo de cálculo do financiamento do SCFV é determinado pela Portaria nº 134/2013 – MDS, e firmado por Termo de Aceite (pactuação dos entes federativos) ratificado pela Comissão Interssetorial Tripartite e pelo CNAS, com responsabilidades definidas e em função do alcance de metas para o atendimento prioritário, capacidade de atendimento e dados sobre usuários devidamente lançados no CadÚnico – “sobre o quantitativo de pessoas de até 17 (dezessete) anos e maiores de 60 (sessenta) anos em famílias com renda per capita de até ½ (meio) salário mínimo” (BRASIL, 2016c, p. 92). Desta forma, com a publicação da Portaria nº 134/2013-MDS, em consonância com a legislação e normas vigentes acerca da assistência social no Brasil, inclusive, a Resolução nº 01/2013 da CIT, e Resolução nº 01, de 07 de fevereiro de 2013, deliberada pelo CNAS por meio da Resolução nº 01, de 21 de fevereiro de 2013, sobre o reordenamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, a lógica de financiamento foi unificada de forma que deixou de ser feita em 3 (três) pisos básicos variáveis (PBV): o PJA – Projovem Adolescente (SCFV para 15 a 17 Anos) - PBV I ; SCFV - Para crianças e/ou idosos – PBV II; e o PETI - Serviço Socioeducativo do PETI – PVMC, e passando a ser feita em apenas um piso, o denominando Piso Básico Variável do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (PBV), conforme esquema de reordenamento demonstrado na figura nº 8:

Figura nº 8: Reordenamento da Lógica de Financiamento do SCFV



Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações da Portaria nº 134/2013 – MDS.

A Portaria nº 134/2013 – MDS instituiu também o Sistema de Informações do Serviço de Convivência – SISC, por meio do qual são inseridas e processadas as informações base para os cálculos do cofinanciamento federal do SCFV, sob responsabilidade dos gestores locais da assistência social (Art. 3º, Portaria 134/2013-MDS).

O cálculo do PAV especificamente, feito em obediência às regras da Portaria nº 134/2013-MDS, utilizará o valor mensal de referência de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por usuário, será aferido com base na capacidade de atendimento do município e do Distrito Federal e ainda, considerando a capacidade de atendimento do SCFV, de acordo com o parâmetro mínimo de 180 (cento e oitenta) usuários estabelecido pela Resolução CNAS nº 01/2013 (BRASIL, 2017d).

Ainda segundo a mesma portaria, fica estabelecido que:

O PAV é composto por dois componentes, a saber:

I – Componente I: representa 50% do valor do PAV do município ou Distrito Federal e visa garantir a manutenção e continuidade do SCFV. Nenhum município ou Distrito Federal receberá como componente I valor inferior a R\$ 4.500,00.

II – Componente II: calculado proporcionalmente ao atendimento e ao alcance do percentual da meta de inclusão do público prioritário, que é de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da capacidade de atendimento (BRASIL, 2017, p. 93).

Para receber o cofinanciamento federal o ente federativo necessita ter pelo menos um CRAS implantado no CadSuaes e com informações ativas atualizadas trimestralmente no SISC pelo gestor competente, sem considerar os cadastros provisoriamente lançados e com *status* de expirado no SISC (BRASIL, 2017d).

Importante atentar para o § 2º do art. 8º da mencionada portaria, no qual há a exigência de que o município atenda no mínimo a 25% da capacidade de atendimento para o repasse do cofinanciamento (ex.: município com capacidade de atendimento 180 tem que atender, no mínimo, 45 usuários para receber o cofinanciamento).

Vale lembrar que o valor do cofinanciamento do município está ligado também ao alcance da meta de inclusão de público prioritário no serviço, correspondente a 50% da capacidade de atendimento aceita.

O repasse de recursos do cofinanciamento federal do PBV será realizado trimestralmente na modalidade fundo a fundo (BRASIL, 2017d, p. 94).

Para melhor compreensão, segue-se a demonstração (quadro nº 6) de um exemplo de cálculo do cofinanciamento federal para o SCFV, a ser repassado a um município, nos moldes das normativas institucionais apresentadas e legislação em vigor.

Quadro nº 6: Exemplo de cálculo para cofinanciamento federal do SCFV em prol de um município

Exemplo:

Município com capacidade de atendimento de 500 (quinhentos) usuários e meta de público prioritário de 200 usuários.

$500 \times R\$ 50,00$ (valor de referência) = R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) de valor mensal do PBV.

Como o repasse é feito trimestralmente, multiplica-se o resultado por 3 (três) para se obter o montante trimestral do custeio.

$R\$ 25.000 \times 3 = R\$ 75.000,00$ (setenta e cinco mil reais) de valor do teto trimestral para o PBV.

No SISC, o gestor municipal registrou as seguintes informações: 300 (trezentos) usuários, e 100 (cem) usuário do público prioritário.

Assim, têm-se:

➔ Componente I– valor para manutenção do SCFV

50% de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) = R\$ 37.500,00 (trinta e sete mil e quinhentos reais).

➔ Componente II – indução ao atendimento e público prioritário – proporcional ao atendimento e a meta de público prioritário.

Quantidade realizada dividido pela quantidade pactuada (50%), logo:

$300 \div 500 = 0,60$ (60%) de atendimento do público total.

Público prioritário: $100 \div 200 = 0,50$ (50%)

Assim, tem-se: (% de atendimento total) x (% de público prioritário) = $0,6 \times 0,5 = 0,30$

Para finalizar o valor do Componente II, multiplica-se o fator pelo valor correspondente ao Componente I:

$R\$ 37.500,00$ (comp. I) x 0,30 = R\$11.250,00 (Componente II)

⇒ **PBV = Comp. I + Comp. II = 37.500 + 11.250 = R\$ 48.750,00**

⇒ **PBV = R\$48.750,00**

OBSERVAÇÕES:

1. Cabe ressaltar que no cálculo do financiamento não estão ainda incluídos os usuários de 18 a 59 anos, mesmo que sejam inseridos no SISC, não contabilizam para o cálculo do cofinanciamento do governo federal (Portaria nº 134/2013-MDS, art. 6).
2. O valor pago ao município será proporcional ao preenchimento realizado no SISC, tanto do público prioritário como do público não prioritário.
3. Para receber o valor integral, é necessário o preenchimento da capacidade de atendimento total e de público prioritário

Fonte: Elaborado pelo autor com base na Portaria nº 134/2013-MDS.

Importante frisar que, também pelo fato do recorte temporal do estudo em questão (2014 a 2017), o primeiro repasse federal em prol do cofinanciamento do SCFV nos termos da Portaria MDS nº 134, de 28/11/2013, correspondeu ao último trimestre do ano 2013 (outubro, novembro e dezembro). O montante do cofinanciamento federal para o ano 2018, não foi considerado nesta pesquisa pelo fato de não se ter disponível o Censo SUAS 2018 sobre os Centros de Convivência.

Sobre os repasses federais a título de cofinanciamento, o município de Teresina recebeu no período de 2014 a 2017 o montante de R\$ 21.569.545,98 (vinte e um milhões, quinhentos e sessenta e nove mil, quinhentos e quarenta e cinco e noventa e oito centavos), dividido conforme resumo na Tabela nº 7:

Tabela nº 7: Demonstrativo de parcelas pagas para financiamento do SCFV de Teresina-PI (2014 a 2017)

ANO	PBV	PBF	TOTAL
2014	R\$ 3.042.000,00	R\$ 2.448.000	R\$ 5.490.000,00
2015	R\$ 2.810.320,98	R\$ 1.848.000	R\$ 4.658.320,98
2016	R\$ 3.033.375,00	R\$ 2.736.000	R\$ 5.769.375,00
2017	R\$ 2.915.850,00	R\$ 2.736.000	R\$ 5.651.850,00

Fonte: Demonstrativo parcelas pagas - Ministério do Desenvolvimento Social – Rede SUAS / SUASWeb³.

Consoante às mudanças institucionais apresentadas, numa perspectiva de remodelagem da assistência social brasileira, após o pacto federativo nos moldes da Constituição Federal da República de 1988, seguindo-se com a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS/2004), corroborando para a efetiva implementação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), norteados pelas diretrizes da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS/1993), vê-se então o Estado como protagonista essencial na consecução das políticas de proteção social, buscando diminuir as desigualdades socioeconômicas, prestando maior autonomia aos entes federativos subnacionais, de forma a promover a continuidade na prestação dos serviços, assim como a flexibilidade necessária para gerir os gastos sociais a exemplo das constituições dos blocos de financiamento, enfatizando-se o incentivo para incremento da gestão do SUAS e Programa Bolsa Família e cadastro único. Traz-se que a Norma Operacional Básica do SUAS de 2012 apresenta-se como instrumento em prol do desenvolvimento social, na busca de nivelamento das condições e oportunidades de vida digna para as pessoas que se

³ SUASWeb – Rede SUAS. Guia de consulta das parcelas pagas pelo MDS aos entes federados para cofinanciamento das políticas de assistência social. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/suaswebcons/restrito/execute.jsf?b=*dpotvmubsQbsdfmbtQbhbtNC&event=*fyjcs

encontram em situação de risco, vulnerabilidade ou mesmo aquelas que tiveram direitos infringidos.

4 O PAPEL DO CUIDADO AOS IDOSOS NO DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Como visto anteriormente, a forma como se trata as pessoas, e em especial os idosos, nos países desenvolvidos, tem se apresentado como um sensor dos níveis de desenvolvimento que envolvem aspectos muito mais profundos do que apenas o econômico. Representam em muito um avanço no campo do civismo, da ética, da moral, envolvendo sentimentos como a fraternidade, tolerância, solidariedade, respeito, honestidade, dentre outros. Basta analisar-se a lista com *ranking* dos países que melhor tratam seus idosos, como demonstrado *pela Global AgeWatch Index (2015)*, e verificar que os primeiros colocados são países também desenvolvidos social e economicamente. Além do que, é fato que os idosos saudáveis e ativos se constituem em recursos para as famílias, com potenciais intelectual e de experiência que podem ser compartilhados em prol do desenvolvimento.

Nesta concepção, as ações de cuidados aos idosos por parte do poder público e das famílias podem possibilitar uma vida mais significativa a estas pessoas, dando-lhes oportunidades para melhor aproveitar sua existência, vivendo e gerando o desenvolvimento.

4.1 O Desenvolvimento social local

“O direito ao desenvolvimento situa-se no universo dos direitos humanos, caracterizado como o direito da coletividade, que prioriza a valorização do humano, da dignidade, inclusive sendo objetivo fundamental previsto na atual Constituição brasileira” (SIQUEIRA, 2014).

Dentro do conceito de desenvolvimento, cabem três dimensões essenciais, quais sejam: desenvolvimento econômico, desenvolvimento social (nas garantias de bem estar geral em termos de desenvolvimento humano) e sustentabilidade ambiental (FEITOSA, 2008 *apud* SIQUEIRA, 2014, p. 160).

Ainda, segundo Niall Thin *apud* DFID (2004, p. 19), o desenvolvimento social se faz presente em quatro áreas: “social”, que se refere a convenções sociais que formam a estrutura das relações, das interações, da cultura, valores, crenças e atitudes; “setores sociais”, como saúde, educação, transportes e algumas outras formas de infraestrutura; “problemas sociais”, como falta de segurança, pobreza, injustiça, criminalidade etc.; uso residual de “social”, que são as situações que não se enquadram nas categorias “econômico” ou “governança.

O termo desenvolvimento social encontra-se assim em um complexo transversal de áreas, que traz consigo uma gama de dimensões, dentre as quais: a *igualdade* (equidade), que para sua existência plena deve haver sido solucionado o problema da exclusão, cuja

manifestação se dá sobre características individuais e coletivas como raça, etnia, gênero, idade, deficiência física ou mental, de posição geográfica (urbana ou rural), ou mesmo diferenciação socioeconômica; a *inclusão*, alusiva às respostas de enfrentamento à exclusão; a *sustentabilidade*, referente à orientação de que o desenvolvimento deve ser proporcionado sem o comprometimento da qualidade de vida das gerações futuras, ou seja, ética; e a *responsabilização*, ligada a obrigatoriedade e empenho de quem seja responsável por fazer haver desenvolvimento e suas consequências, podendo ser o Estado, a sociedade civil ou um indivíduo particular com tais condições.

Assim, o desenvolvimento social é aquele que promove condições de usufruto de bens e serviços, em condições de igualdade, não comprometendo a quem já detém (ou a quem tem o direito de ter) um bom nível de tal desenvolvimento e sim, ampliando as condições para que pessoas em situação de marginalização e pobreza o alcancem.

Desta maneira, o Estado brasileiro busca desenvolver-se socialmente, principalmente por meio da diminuição das desigualdades, sobretudo regionais, utilizando-se essencialmente do sistema federativo brasileiro, que é uma forma de organização do Estado nacional que confere dupla autonomia territorial (autonomia aos entes subnacionais e ao ente central), autonomia administrativa, financeira e fiscal, e que apresenta no caso brasileiro uma peculiaridade própria, a existência dos municípios, que no modelo proposto pela Constituição Federal de 1988 são os entes federativos mais próximos dos cidadãos e assim, mais sensíveis às demandas sociais.

No campo da assistência social, a descentralização pela aprovação da LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social, publicada em dezembro de 1993), reordenou explicitamente as funções entre as três esferas de governo (federal, estadual/distrital e municipal), assim impondo uma nova dinâmica no campo assistencial (ARRECH, 2000). No modelo federativo e descentralizador estabelecido pela LOAS, o governo federal, em muitas ações, repassa recursos aos entes subnacionais – estados e municípios – para que estes gerenciem e controlem contratos, convênios e fundos, tendo assim papel de formulador e executor das políticas sociais no campo local, enquanto que o ente central (União) tem um papel normatizador e financiador, e assim unindo seus esforços para o alcance do tão sonhado desenvolvimento, sobretudo, social (ARRECH, 2000).

4.2 A função dos Centros de Convivência para Idosos no Desenvolvimento Social em Teresina-Piauí

As ações públicas e privadas que favoreçam a inclusão social reduzindo as desigualdades entre indivíduos e grupos, certamente têm grande importância para o desenvolvimento social.

Desta forma, tomou-se para análise um fragmento da política de assistência social, ligada aos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV): os Centros de Convivência, e especificamente os que atendem usuários idosos no município de Teresina.

Dentre os quais, os que são mantidos pelo poder público municipal e os da rede parceira (não-governamentais) que possuem Convênio ou Termo de Parceria com o poder público municipal teresinense para repasse de recursos financeiros.

Assim, com base nos resultados dos índices de desenvolvimento social de oferta e resultado (para os CCIS governamentais e não governamentais) – IDSO e IDRS (IPECE, 2009) para o período de 2014 a 2017, envolvendo indicadores ligados às áreas mais endossadas para mensuração de desenvolvimento social (educação, saúde, habitação e renda), procedeu-se a análise da evolução destes índices no período e suas interrelações, inclusive observando suas variações em função da estimativa de recursos federais e níveis de oferta de serviço aplicados na manutenção dos SCFV.

Para o cálculo do Índice de Desenvolvimento Social de Oferta (IDSO) considerou-se os dados disponibilizados por meio dos Censos do Sistema Único de Assistência Social (Edições 2014, 2015, 2016 e 2017), especificamente referentes aos Centros de Convivência.

A determinação do período da análise deu-se pelo fato de somente a partir de 2014 existir disponibilização específica de dados sobre os Centros de Convivência como equipamentos da assistência social, de proteção básica vinculados ao SCFV, e quanto ao ano final (2017), a escolha deu-se em razão de ser o último já consolidado (até janeiro de 2019).

O cálculo do Índice de Desenvolvimento Social de Resultado (IDSR) foi realizado para o conjunto de idosos cadastrados e aglutinados por Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), considerando que os idosos atendidos pelos CCIs são obrigatoriamente cadastrados no CadÚnico por CRAS pelos quais os centros de convivência são referenciados, e ainda, considerando-se as evidentes dificuldades em resgatar dados de anos anteriores pelas gerências dos CCIs.

Desta forma, serão apresentados os IDSOs calculados por CCI (calculados com os dados dos Censos SUAS – Centro de Convivência) e IDSRs dos usuários idosos aglutinados e referenciados pelo respectivo CRAS (conforme dados disponibilizados pelas bases de dados das famílias e pessoas cadastradas no CadÚnico).

A análise dos índices certamente não explica totalmente o quanto as atividades realizadas pelos CCIs impactam sobre um desenvolvimento municipal geral, mas é capaz de demonstrar as variações destes indicadores por CCI individualmente, assim como para o conjunto dos CCIs e CRAS públicos analisados (IDSO e IDSR), contíguo aos não-governamentais (IDSO), e ainda em função da variação de recursos provenientes do financiamento do SCFV no período da análise.

Como a teoria acerca de desenvolvimento social defende a inclusão e a diminuição da desigualdade social como fatores para a expansão desse desenvolvimento, os CCIs ao registrarem uma evolução desses indicadores, demonstrarão mais claramente a consecução do seu papel institucional como promotor da qualidade de vida, principalmente para aquelas pessoas e famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

4.2.1 Índice de Desenvolvimento Social de Oferta (IDSO) dos CCIs – Teresina (2014 a 2017)

Nesta seção serão demonstradas as análises acerca dos resultados do IDSO dos CCIs para o período de 2014 a 2017 com o objetivo de promover uma visualização do nível comparado de serviços ofertados pelos centros, e promover condições para interpretação de suas variações.

Os IDSOs foram calculados a partir dos bancos de dados levantados através das edições 2014, 2015, 2016 e 2017 do Censo SUAS – Centros de Convivência.

Primeiramente, apresentar-se-á dados referentes aos CCIs públicos municipais, sendo importante frisar, de início, que dos 19 (dezenove) CCIs públicos que aparecem nos levantamentos, apenas 5 (cinco) apresentaram dados nas quatro edições do Censo SUAS, como demonstrado nas tabelas nº 08 e nº 09:

Tabela nº 8: IDSO dos Centros de Convivência municipais para pessoas idosas que apresentaram dados em pelo menos uma das edições do Censo SUAS (2014 a 2017)

NOME DO CCI	IDSO 2014	IDSO 2015	IDSO 2016	IDSO 2017	MÉDIA
1. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "KM 07" - GRANDE PORTE	0,14	0,16	0,16	---	0,16
2. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "DIRCEU ARCOVERDE" - GRANDE PORTE	0,22	---	---	0,33	0,28
3. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PROMORAR" - MÉDIO PORTE	0,41	0,15	0,22	0,31	0,27
4. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CIDADANIA" - GRANDE PORTE	0,14	0,16	0,16	0,33	0,20
5. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MONTE CASTELO" - PEQUENO PORTE I	0,16	---	---	---	0,16
6. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CIDADE NOVA" - GRANDE PORTE	0,16	---	---	---	0,16
7. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MONTE CASTELO" - GRANDE PORTE	0,26	---	---	---	0,26

Continua...

Continuação da tabela nº 8: IDSO dos Centros de Convivência municipais para pessoas idosas que apresentaram dados em pelo menos uma das edições do Censo SUAS (2014 a 2017)

8. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CASA DE METARA" - GRANDE PORTE	0,22	0,21	0,15	0,35	0,23
9. CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "PIÇARREIRA" - PEQUENO PORTE II	0,19	---	---	0,33	0,26
10. CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "ADEUS SOLIDÃO" - PEQUENO PORTE I	0,18	0,03	0,16	0,31	0,17
11. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MARLY SARNEY" - PEQUENO PORTE	0,22	0,36	0,16	0,33	0,27
12. CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "CERÂMICA CIL" - PEQUENO PORTE I	0,15	---	---	---	0,15
13. CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "PLANALTO URUGUAI" - PEQUENO PORTE I	0,09	---	---	---	0,09
14. CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "NOSSA SENHORA DA VITÓRIA" - PEQUENO PORTE I	0,15	---	---	---	0,15
15. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "LINEU ARAÚJO" - GRANDE PORTE	0,22	---	---	---	0,22
16. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MONTE HOREBE" - MÉDIO PORTE	0,19	---	---	---	0,19
17. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PROFESSORA MARLENE SOUSA" - PEQUENO PORTE II		0,71	0,14	0,33	0,39
18. CENTRO DE CONVIVÊNCIA "SILVIO BRUNO" - GRANDE PORTE II		0,19	0,16	0,33	0,23
19. CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "MORADA DO SOL" - PEQUENO PORTE I		0,16	0,25		0,21
MÉDIA	0,19	0,24	0,18	0,33	0,21

Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Para o início da análise observa-se que a partir da Tabela nº 8, considerando a ausência de dados para alguns CCIs em pelo menos um dos anos do período, a média evoluiu de 0,19 (zero vírgula dezenove) em 2014 para 0,24 (zero vírgula vinte e quatro) em 2015, seguindo de uma queda para 0,18 (dezoito décimos) em 2016 e voltando a subir para 0,33 (zero ponto trinta e três) em 2017.

Buscando o maior valor médio de IDSO, constata-se que o Centro de Convivência professora Marlene Sousa, mesmo não tendo apresentado informações para o ano 2014, apresenta-se como o CCI com maior média IDSO, sendo de 0,39 (zero vírgula trinta e nove), com destaque para o valor encontrado no ano 2015, registrado no valor de 0,71 (zero vírgula setenta e um). Tal feito deu-se pelo fato de que neste ano (2015) apenas este CCI relatou no Censo SUAS-Centro de Convivência/2015 a oferta de serviços de acolhimento, o que fez elevar o seu indicador da dimensão habitação, assim como também foi o único CCI que registrou a integração com o programa Acessuas Trabalho, fazendo subir o nível de oferta na dimensão trabalho e renda.

Assim é possível verificar que os baixos valores dos indicadores para a maioria dos CCIs dá-se em razão de que são poucos os CCIs que obtiveram escores na oferta de serviços ligados a acolhimento (utilizado no parâmetro habitação), sendo este o serviço que pode ser realizado pelos CCIs em analogia à habitação, ou seja, o acolhimento do idoso ou familiar que, dada alguma circunstância de vulnerabilidade, não podem retornar às suas casas. Além do que outro fator determinante, que reduziu o valor de IDSO refere-se ao baixo número de CCIs com

escores na dimensão emprego e renda, no qual foram consideradas a oferta ou não de encaminhamentos profissionais – seja capacitação ou emprego – ao usuários e familiares, executado através do Acessuas Trabalho, que é um programa que se refere:

[...] à mobilização, encaminhamento e acompanhamento dos usuários em situação de vulnerabilidade e risco social para acesso a cursos de capacitação, bem como a formação profissional e demais ações de inclusão produtiva. Especificamente, o Programa Acessuas Trabalho refere-se à mobilização, encaminhamento e acompanhamento dos usuários em situação de vulnerabilidade e risco social para acesso a cursos de capacitação, bem como a formação profissional e demais ações de inclusão produtiva (BRASIL, 2017c).

Visualizando os valores de IDSO apenas dos CCIs públicos municipais que apresentaram dados para os quatro anos da análise (2014 a 2017), como demonstrados na tabela nº 8, observa-se uma evolução das médias anuais de IDSO do ano 2014 a 2017, passando de 0,24 a 0,33 respectivamente (ver tabela nº 9).

Tabela nº 9: IDSO dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais que apresentaram dados nas quatro edições do Censo SUAS (2014 a 2017)

NOME DO CCI	IDSO 2014	IDSO 2015	IDSO 2016	IDSO 2017	MÉDIA
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PROMORAR" - MÉDIO PORTE	0,41	0,15	0,22	0,31	0,27
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CIDADANIA" - GRANDE PORTE	0,14	0,16	0,16	0,33	0,20
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CASA DE METARA" - GRANDE PORTE	0,22	0,21	0,15	0,35	0,23
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "ADEUS SOLIDÃO" - PEQUENO PORTE I	0,18	0,03	0,16	0,31	0,17
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MARLY SARNEY" - PEQUENO PORTE	0,22	0,36	0,16	0,33	0,27
MÉDIA ANUAL	0,24	0,18	0,17	0,33	0,23

Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Passando-se para uma análise estatisticamente mais descritiva, apresenta-se na tabela nº 10, o resumo estatístico para cada ano do período, a fim de que se possa fazer a classificação dos CCIs conforme proposto na metodologia, em IDSO forte, médio ou fraco, em função da média e do desvio padrão.

Desta maneira, o estabelecimento da classificação será: Bom (valores que se apresentem maior que um desvio-padrão mais a média, ou seja, $x > \mu + \sigma$); Regular (valores que se apresentem entre mais ou menos um desvio-padrão da média, $\mu + \sigma \geq x \geq \mu - \sigma$); Ruim (valores que se apresentem abaixo da média menos um desvio-padrão, $x < \mu - \sigma$).

Tabela nº 10: Resumo Estatístico do IDSO dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais que apresentaram dados nas quatro edições do Censo SUAS (2014 a 2017)

IDSO2014		IDSO2015		IDSO2016		IDSO2017	
Média	0,235555556	Média	0,181111111	Média	0,172222	Média	0,325556
Erro padrão	0,047184626	Erro padrão	0,053830151	Erro padrão	0,01291	Erro padrão	0,007265
Mediana	0,222222222	Mediana	0,163888889	Mediana	0,163889	Mediana	0,330556

Continua...

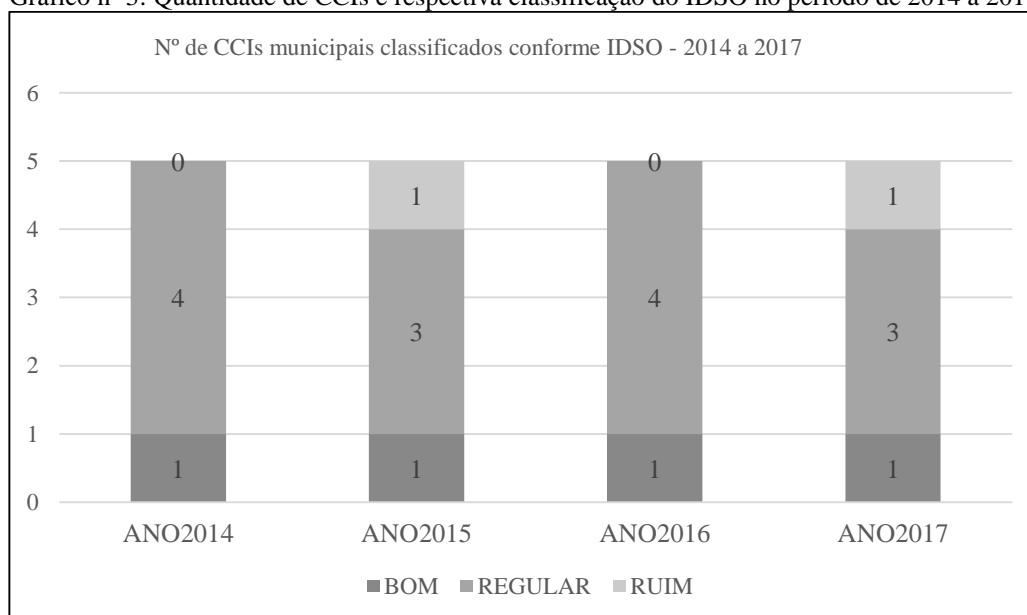
Continuação da tabela nº 10: Resumo Estatístico do IDSO dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais que apresentaram dados nas quatro edições do Censo SUAS (2014 a 2017)

Modo	0,222222222	Modo	#N/D	Modo	0,163889	Modo	0,330556
Desvio padrão	0,10550803	Desvio padrão	0,120367877	Desvio padrão	0,028868	Desvio padrão	0,016245
Variância da amostra	0,011131944	Variância da amostra	0,014488426	Variância da amostra	0,000833	Variância da amostra	0,000264
Curtose	3,176035732	Curtose	1,553273027	Curtose	3,979167	Curtose	-0,81717
Assimetria	1,630852146	Assimetria	0,525041906	Assimetria	1,86436	Assimetria	0,080998
Intervalo	0,275	Intervalo	0,333333333	Intervalo	0,075	Intervalo	0,041667
Mínimo	0,138888889	Mínimo	0,027777778	Mínimo	0,147222	Mínimo	0,305556
Máximo	0,413888889	Máximo	0,361111111	Máximo	0,222222	Máximo	0,347222
Soma	1,177777778	Soma	0,905555556	Soma	0,861111	Soma	1,627778
Contagem	5	Contagem	5	Contagem	5	Contagem	5
Nível de confiança(95,0)	0,131005523	Nível de confiança(95,0%)	0,14945646	Nível de confiança(95,0%)	0,035844	Nível de confiança(95,0%)	0,02017

Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Fazendo-se então a classificação conforme descrito, obteve-se o seguinte resultado para os 5 (cinco) CCIs sob gestão municipal que apresentaram dados nos 4 (quatro) anos da análise (gráfico nº 03):

Gráfico nº 3: Quantidade de CCIs e respectiva classificação do IDSO no período de 2014 a 2017



Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

A grande parte aparece em um nível médio (REGULAR) quando calculados com padronização para cada ano, variando entre três e quatro centros, enquanto que em todos os anos aparece um com nível BOM, e nos anos 2015 e 2017 aparece um exemplar classificado como RUIM.

Nominalmente, os CCIs classificados em relação ao grupo, conforme demonstrado na tabela nº 11, tem-se que o Centro de Convivência “Promorar” aparece com IDSO BOM em

dois anos do período (2014 e 2016), enquanto que o Centro de convivência grupo de idosos "Adeus Solidão" apareceu com IDSO RUIM nos anos 2015 e 2017. Já o Centro de Convivência "Cidadania" apresentou-se estável no nível REGULAR durante todo o período considerado no estudo.

Tabela nº 11: Classificação nominal dos CCIs conforme classificação do IDSO no período de 2014 a 2017

NOME DO CCI	CLASSIFICAÇÃO IDSO2014	CLASSIFICAÇÃO IDSO2015	CLASSIFICAÇÃO IDSO2016	CLASSIFICAÇÃO IDSO2017
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PROMORAR" - MÉDIO PORTE	0,41 BOM	0,15 REGULAR	0,22 BOM	0,31 REGULAR
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CIDADANIA" - GRANDE PORTE	0,14 REGULAR	0,16 REGULAR	0,16 REGULAR	0,33 REGULAR
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CASA DE METARA" - GRANDE PORTE	0,22 REGULAR	0,21 REGULAR	0,15 REGULAR	0,35 BOM
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "ADEUS SOLIDÃO" - PEQUENO PORTE I	0,18 REGULAR	0,03 RUIM	0,16 REGULAR	0,31 RUIM
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MARLY SARNEY" - PEQUENO PORTE	0,22 REGULAR	0,36 BOM	0,16 REGULAR	0,33 REGULAR

Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Considerando que os dados sobre os CCIs públicos são em número baixo, de 5 (cinco) a 19 (dezenove), para uma classificação mais ampla e melhor análise quanto à distribuição dos dados, no que tange a concentração em torno das medidas de tendência central e suas relações de assimetria e curtose, por meio de histogramas e curvas de distribuição, utilizou-se dados de todos os CCIS governamentais e não-governamentais (que possuem convênio para recebimento de recursos federais pelo financiamento do SCFV), conforme disponibilizados, para cada ano.

Ainda com uma análise “*explaining outcomes processtracing*”, de forma crítica sobre os dados informados, é possível constatar que alguns CCIs enquanto do preenchimento dos questionários dos CCIs assinalaram naturezas (governamental ou não-governamental) distintas em períodos diferenciados, podendo caracterizar desde processos de municipalização de alguns CCIs, ou o seu inverso, privatização, assim como apenas erro de preenchimento (coleta) de dados quando da realização dos Censos SUAS. Logo, isto também reforça a escolha para uma análise mais ampla, vinculando o serviço à condição de beneficiário de repasses de recursos públicos federais por intermédio de convênio e da própria gestão e operacionalização públicas.

Apresenta-se, na sequência, a tabela nº 12 com resumo estatístico para os IDSOs dos CCIs públicos e não governamentais que recebem recursos a título de repasse federal para manutenção dos SCFV:

Tabela nº 12: Resumo estatístico do IDSO (2014 a 2017) dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais e não governamentais que recebem recursos federais para manutenção dos SCFV

Resumo estatístico IDSO2014		Resumo estatístico IDSO2015		Resumo estatístico IDSO2016		Resumo estatístico IDSO2017	
Média	0,1923976	Média	0,1821	Média	0,15779914	Média	0,293872549
Erro padrão	0,0137021	Erro padrão	0,0224	Erro padrão	0,00764542	Erro padrão	0,009191757
Mediana	0,1805555	Mediana	0,1555	Mediana	0,14722222	Mediana	0,313888889

Continua...

Continuação da tabela nº 12: Resumo estatístico do IDSO (2014 a 2017) dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais e não governamentais que recebem recursos federais para manutenção dos SCFV

Modo	0,1805555	Modo	0,1472	Modo	0,14722222	Modo	0,313888889
Desvio padrão	0,0844659	Desvio padrão	0,1210	Desvio padrão	0,03898416	Desvio padrão	0,053596692
Variância da amostra	0,0071345	Variância da amostra	0,0146	Variância da amostra	0,00151976	Variância da amostra	0,002872605
Curtose	5,0330277	Curtose	12,708	Curtose	1,30255670	Curtose	9,632550515
Assimetria	2,1610903	Assimetria	3,1138	Assimetria	0,27791316	Assimetria	2,762092251
Intervalo	0,3888888	Intervalo	0,6777	Intervalo	0,16666666	Intervalo	0,283333333
Mínimo	0,0833333	Mínimo	0,0277	Mínimo	0,06388888	Mínimo	0,063888889
Máximo	0,4722222	Máximo	0,7055	Máximo	0,23055555	Máximo	0,347222222
Soma	7,3111111	Soma	5,2833	Soma	4,10277777	Soma	9,991666667
Contagem	38	Contagem	29	Contagem	26	Contagem	34
Nível de confiança(95,0%)	0,0277632	Nível de confiança(95,0%)	0,0460	Nível de confiança(95,0%)	0,01574604	Nível de confiança(95,0%)	0,01870077

Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Da mesma forma, realizou-se a classificação dos CCIs dentro do grupo segundo critérios explicados anteriormente, discriminadamente na tabela nº13, em: Bom (valores que se apresentem maior que um desvio-padrão mais a média, ou seja $x > \mu + \sigma$); Regular (valores que se apresentem entre mais ou menos um desvio-padrão da média, $\mu + \sigma \geq x \geq \mu - \sigma$); Ruim (valores que se apresentem abaixo da média menos um desvio-padrão, $x < \mu - \sigma$).

Tabela nº 13: Classificação do IDSO (2014 a 2017) dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais e não governamentais que recebem recursos federais para manutenção dos SCFV

Naturez	Rótulos de Linha	IDSO2014		IDSO2015		IDSO2016		IDSO2017	
GOVERNAMENTAL	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "ALTO DA RESSURREIÇÃO" - GRANDE PORTE	----	----	----	----	----	----	0,3139	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CASA DE METARA" - GRANDE PORTE	0,2222	REGULAR	0,2056	REGULAR	0,1639	REGULAR	0,3389	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CIDADANIA" - GRANDE PORTE	0,1806	REGULAR	0,1556	REGULAR	----	----	0,3222	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CIDADE NOVA" - GRANDE PORTE	0,1639	REGULAR	----	----	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "DIRCEU ARCOVERDE" - GRANDE PORTE	0,2222	REGULAR	----	----	----	----	0,3222	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "FORTALECENDO A CIDADANIA PROMORAR" - MÉDIO PORTE	----	----	----	----	----	----	0,3139	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "ADEUS SOLIDÃO" - PEQUENO PORTE I	0,1250	REGULAR	0,0278	RUIM	0,1389	REGULAR	0,3056	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "CERÂMICA CIL"- PEQUENO PORTE I	0,1333	REGULAR	----	----	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "MORADA DO SOL" - PEQUENO PORTE I	----	----	0,1639	REGULAR	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "NOSSA SENHORA DA VITÓRIA" - PEQUENO PORTE I	0,1472	REGULAR	----	----	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "PIÇARREIRA" - PEQUENO PORTE II	0,1889	REGULAR	----	----	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "PLANALTO URUGUAI" - PEQUENO PORTE I	0,1472	REGULAR	----	----	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "KM 07" - GRANDE PORTE	0,1389	REGULAR	0,1556	REGULAR	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "LINEU ARAÚJO"- GRANDE PORTE	0,2222	REGULAR	----	----	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MARLY SARNEY" - PEQUENO PORTE	0,2222	REGULAR	0,3806	BOM	----	----	0,3222	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MONTE CASTELO" - GRANDE PORTE	0,1806	REGULAR	----	----	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MONTE CASTELO" - PEQUENO PORTE I	0,1639	REGULAR	----	----	----	----	----	----
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MONTE HOREBE" - MÉDIO PORTE	0,1472	REGULAR	----	----	----	----	----	----	

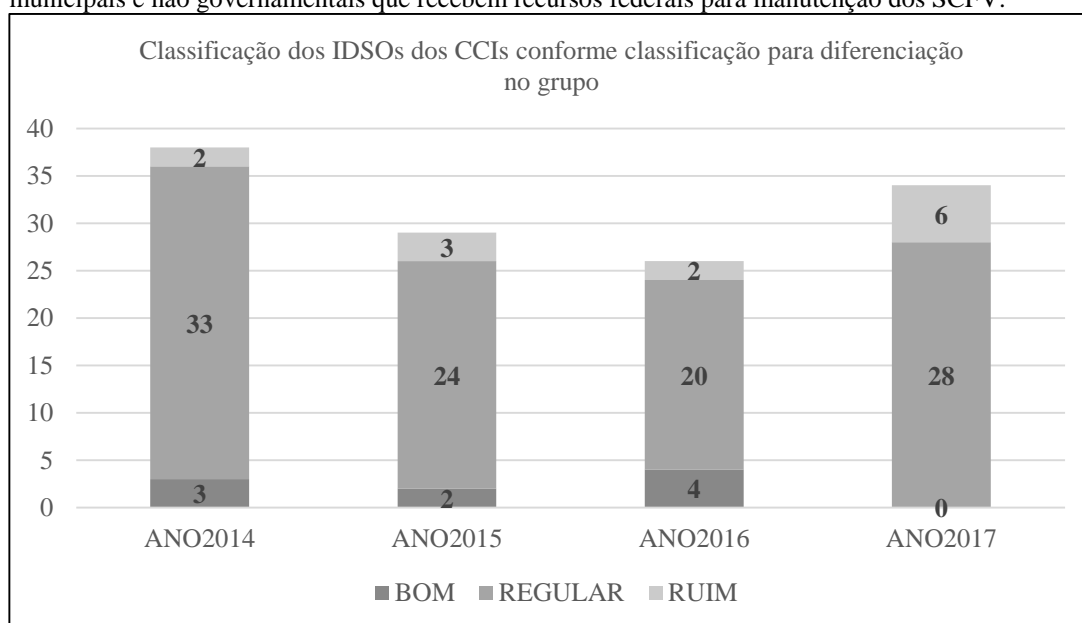
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PIÇARREIRA" - PEQUENO PORTE II	----	----	----	----	0,1556	REGULAR	0,3222	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PROFESSORA MARLENE SOUSA" - PEQUENO PORTE II	----	----	0,7056	BOM	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA PROFESSORA MARLENE SOUSA	----	----	----	----	----	----	0,3306	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PROMORAR" - MÉDIO PORTE	0,4472	BOM	0,1472	REGULAR	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "SILVIO BRUNO" - GRANDE PORTE II	----	----	0,1889	REGULAR	----	----	0,3222	REGULAR
NÃO GOVERNAMENTAL	CENTRO DE CONVIVÊNCIA	----	----	----	----	0,2306	BOM	0,3139	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CENTRO PASTORAL N. S. P. SOCORRO" - PEQUENO PORTE I	0,1806	REGULAR	0,1472	REGULAR	0,1472	REGULAR	0,3056	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "ALTO DA RESSURREIÇÃO" - GRANDE PORTE	0,1389	REGULAR	0,1472	REGULAR	0,1472	REGULAR	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA AMIGOS EM AÇÃO	----	----	----	----	----	----	0,3139	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "ASSENTAMENTO 17 DE ABRIL" - PEQUENO PORTE I	----	----	----	----	0,1389	REGULAR	0,3056	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA CERÂMICA CIL - MÉDIO PORTE	----	----	----	----	----	----	0,3139	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "COMUNIDADE COMPRIDA" - PEQUENO PORTE I	0,1806	REGULAR	----	----	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "COMUNIDADE SÃO JOSÉ" - PEQUENO PORTE I	0,1806	REGULAR	0,1472	REGULAR	0,1472	REGULAR	0,3139	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE ADOLESCENTE CERÂMICA CIL - MÉDIO PORTE	----	----	----	----	0,1472	REGULAR	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES - GRANDE PORTE	0,2500	REGULAR	0,2056	REGULAR	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS GRUPO DE IDOSOS "ASSOCIAÇÃO DO MOVIMENTO EM BUSCA DE SO	0,1972	REGULAR	0,1472	REGULAR	0,0889	RUIM	0,2556	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "DIVINO ESPÍRITO SANTO" - PEQUENO PORTE I	0,1472	REGULAR	0,1389	REGULAR	0,1472	REGULAR	0,2306	RUIM
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO PARQUE UNIVERSITÁRIO - PEQUENO PORTE I	----	----	0,0556	RUIM	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS	----	----	----	----	0,1806	REGULAR	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS - PEQUENO PORTE I	0,1639	REGULAR	----	----	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS - ASA CRISTO REI - PEQUENO PORTE I	0,4167	BOM	----	----	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS ENVELHECER COM QUALIDADE - PEQUENO PORTE I	----	----	0,1389	REGULAR	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "GRUPO DE IDOSOS ESPERANÇA" - PEQUENO PORTE I	0,0833	RUIM	0,1389	REGULAR	0,1472	REGULAR	0,2861	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "FELIZ IDADE" - PEQUENO PORTE I	0,2250	REGULAR	0,2806	REGULAR	0,2306	BOM	0,2306	RUIM
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS JANELA DOS SONHOS - PEQUENO PORTE I	----	----	0,1389	REGULAR	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "JARDIM EUROPA" - PEQUENO PORTE I	0,0833	RUIM	----	----	0,1556	REGULAR	0,3139	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "PLANALTO URUGUAI" - PEQUENO PORTE I	----	----	0,0556	RUIM	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "RAIO DE SOL" - GRANDE PORTE	----	----	0,1972	REGULAR	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "SACI" - PEQUENO PORTE I	----	----	----	----	0,1472	REGULAR	0,2306	RUIM
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "SANTA LUZIA" - PEQUENO PORTE I	----	----	----	----	0,1472	REGULAR	0,3056	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "SOCOPINHO" - PEQUENO PORTE I	----	----	----	----	----	----	0,2111	RUIM
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "GRUPO DE IDOSOS "VIDA E FÉ" - PEQUENO PORTE I	0,1389	REGULAR	0,1389	REGULAR	0,1472	REGULAR	0,3139	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "VILA IRMÃ DULCE" - PEQUENO PORTE I	0,1333	REGULAR	0,1194	REGULAR	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "VILA SANTA HELENA" - PEQUENO PORTE I	----	----	----	----	----	----	0,0639	RUIM
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE MULHERES DO PROMORAR - MÉDIO PORTE	0,2222	REGULAR	0,1639	REGULAR	----	----	----	----
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA INTEGRAR	----	----	----	----	----	----	0,3472	REGULAR
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA "ITAPERU E ADJACÊNCIA" - PEQUENO PORTE I	0,1472	REGULAR	0,2306	REGULAR	0,1472	REGULAR	----	----
CENTRO DE CONVIVÊNCIA JUNTOS CONSTRUÍMOS - PEQUENO PORTE I	----	----	----	----	0,1472	REGULAR	0,3139	REGULAR	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MÁRIO COVAS JOVENS" - PEQUENO PORTE I	----	----	----	----	0,1472	REGULAR	0,2306	RUIM	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "POVOADO SOINHO" - PEQUENO PORTE II	0,1750	REGULAR	----	----	0,2306	BOM	----	----	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PROJETO DE AÇÕES INTEGRADAS MATADOURO" - GRANDE PORTE	0,4722	BOM	----	----	----	----	----	----	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA PSH TABOCAS	----	----	----	----	----	----	0,3056	REGULAR	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "RENASCENÇA I" - PEQUENO PORTE I	0,1389	REGULAR	----	----	----	----	----	----	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "SABER VIVER	----	----	0,2500	REGULAR	0,1806	REGULAR	0,3389	REGULAR	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA TABOCA	----	----	----	----	0,0639	RUIM	----	----	

CENTRO DE CONVIVÊNCIA "TANCREDO NEVES" - PEQUENO PORTE I	0,1806	REGULAR	0,1556	REGULAR	0,1472	REGULAR	0,3139	REGULAR
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "UNESCOPO"- GRANDE PORTE	0,2222	REGULAR	----	----	----	----	----	----
CENTRO DE CONVIVÊNCIA USB MARIA DULCE	----	----	----	----	0,2306	BOM	0,3139	REGULAR
CENTRO DE CONVIVÊNCIA VIDA FELIZ	----	----	----	----	----	----	0,3056	REGULAR
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "VILA DA GUILA" - PEQUENO PORTE I	0,1806	REGULAR	0,1556	REGULAR	----	----	----	----
MÉDIA ANUAL		0,1924 REGULAR	0,1822 REGULAR	0,1578 REGULAR	0,2939 REGULAR			

Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Utilizando a visualização gráfica (gráfico nº 4), fica mais evidente a dinâmica da evolução dos índices, passando em 2017 para um nível de regularidade com médias bem mais significativas em relação aos períodos anteriores.

Gráfico nº 4: Classificação do IDSO (2014 a 2017) dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais e não governamentais que recebem recursos federais para manutenção dos SCFV.



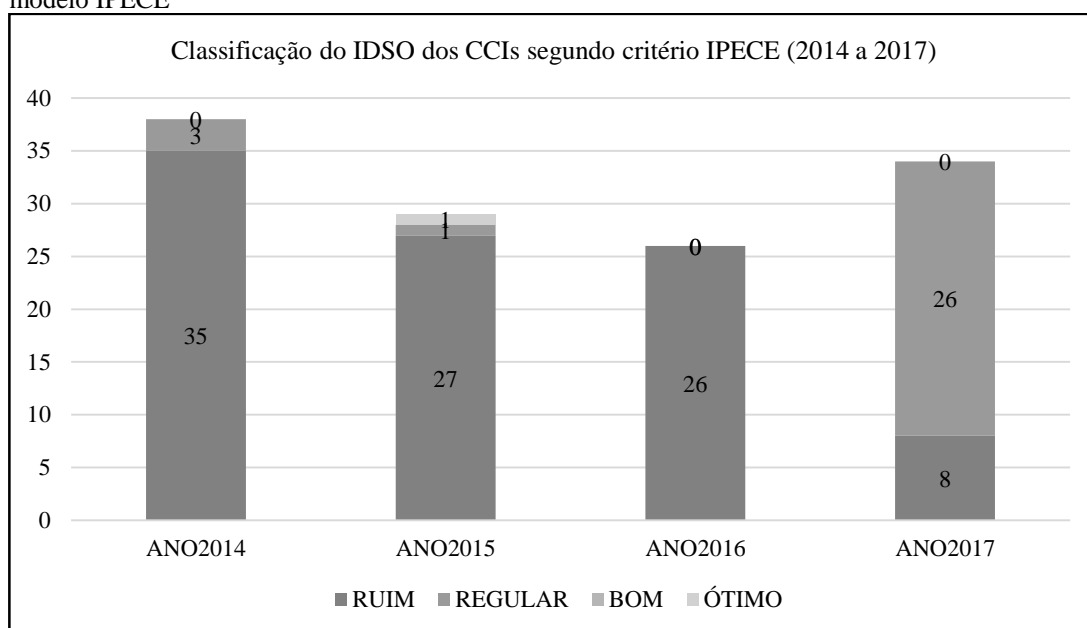
Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Como observado, nos anos 2014, 2015 e 2016, tem-se destacado a existência de CCIs com IDSO classificado como BOM, sendo 3, 2 e 4 para os anos respectivamente. Também se obteve registros de IDSO ruim de 2, 3, 2 e 6 para os anos 2014, 2015, 2016 e 2017 respectivamente. Ocorre que também se deve considerar a ocorrência de uma variação no número de CCIs no período. Cabendo destaque para a existência de uma tendência aos níveis de regularidade, tendo alguns CCIs que registraram IDSO de nível BOM declinado para o nível REGULAR na passagem dos anos de 2016 para 2017.

Para uma análise mais estratificada, como proposto inicialmente, usando-se a lista de CCIs ora apresentada, e fazendo-se a classificação segundo critério do IPECE ($0,000 < IDS \leq 0,300 \Rightarrow$ ruim; $0,300 < IDS \leq 0,500 \Rightarrow$ regular; $0,500 < IDS \leq 0,700 \Rightarrow$ bom; $0,700 < IDS \leq$

1,000 ⇒ ótimo), conforme demonstrado no gráfico nº 5, têm-se que: em 2014, 3 (três) ocorrências de classificação REGULAR, e 35 (trinta e cinco) de casos de classificação RUIM; em 2015 detectou-se 1 (uma) ocorrência de índice ÓTIMO, 1 (um) REGULAR e 27 (vinte e sete) com IDSO classificado em RUIM; em 2016, encontrou-se 26 com IDSO do tipo RUIM; e em 2017 encontrou-se 8 (oito) casos de IDSO do nível RUIM e 26 (vinte e seis) ocorrências do tipo REGULAR.

Gráfico nº 5: Classificação do IDSO (2014 a 2017) dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais e não governamentais que recebem recursos federais para manutenção dos SCFV conforme modelo IPECE



Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

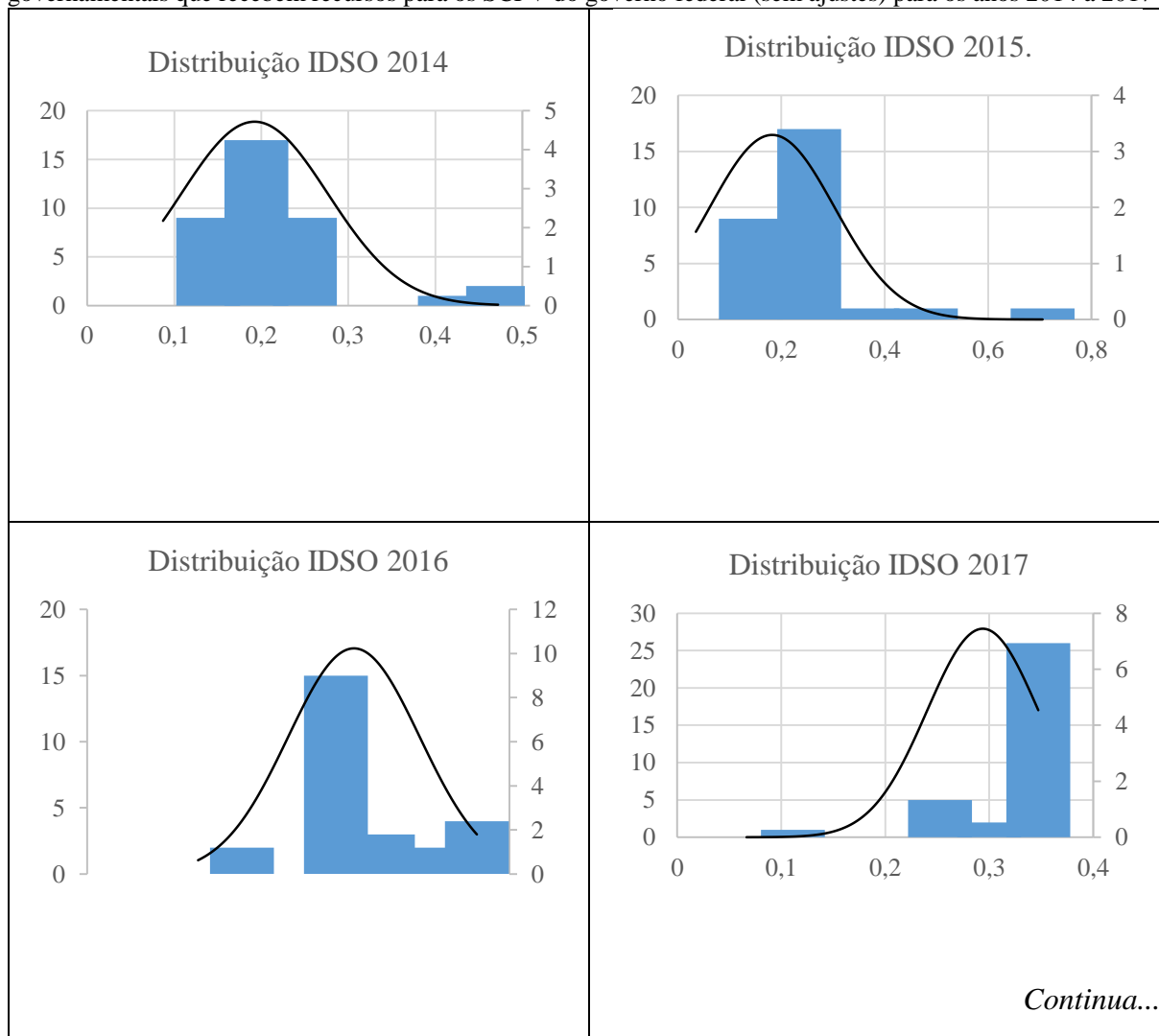
Mediante observação e análise dos dados estudados, e também por observação dos gráficos de classificação do IDSO (2014 a 2017) dos Centros de Convivência para Pessoas Idosas municipais e não governamentais que recebem recursos federais para manutenção dos SCFV para diferenciação no grupo, e também o de classificação conforme modelo do IPECE, é factível um incremento no nível do IDSO de RUIM para nível REGULAR de 2014 ao ano 2017, o que foi possível graças à ocorrência de registros na dimensão de saúde (IDSO-Saúde), no quesito que verifica os CCIs que mencionaram no Censo SUAS 2017 a integração com outros serviços da área de saúde e também de esportes. Nas edições anteriores foram pouquíssimos registros nestes itens.

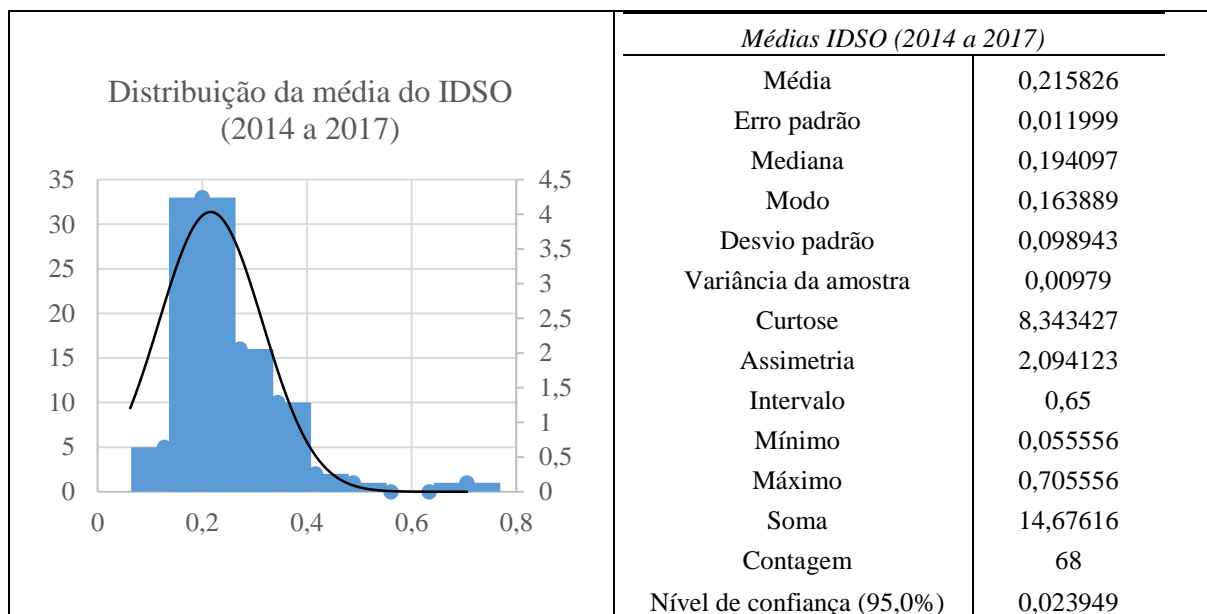
Utilizando-se as informações descritas até aqui, realizou-se uma análise das distribuições dos dados enquanto às dispersões, através da construção das curvas de distribuição (com verificação e interpretação das medidas de assimetria e curtose), *Boxplot* e teste para

exame de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* com nível de significância de 5% (cinco por cento).

Os instrumentos gráficos utilizados na análise estão representados no Quadro nº 7, incluindo as curvas de distribuição dos dados e resumo estatístico para as médias de IDSO para o período de 2014 a 2017.

Quadro nº 7: Representações gráficas da distribuição dos valores de IDSO dos CCIs públicos municipais e não governamentais que recebem recursos para os SCFV do governo federal (sem ajustes) para os anos 2014 a 2017





Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Ao observar os gráficos de distribuição e as medidas de assimetria e curtose obtidos, verificou-se que os dados tenderam a uma distribuição anormal, porém, ao realizar um exame crítico dos valores, essas medidas foram influenciadas por observações atípicas, especialmente valores muito baixos ou excessivamente altos, em especial o maior valor que aparece no ano 2015 e também para o conjunto das médias anuais (0,7055). Assim, convencionou-se a construção de *Boxplot* a partir das médias do período (2014 – 2017) para análise e detecção exata dos *outliers*, para decisão quanto à sua exclusão, e na sequência, uma nova análise quanto à distribuição dos dados.

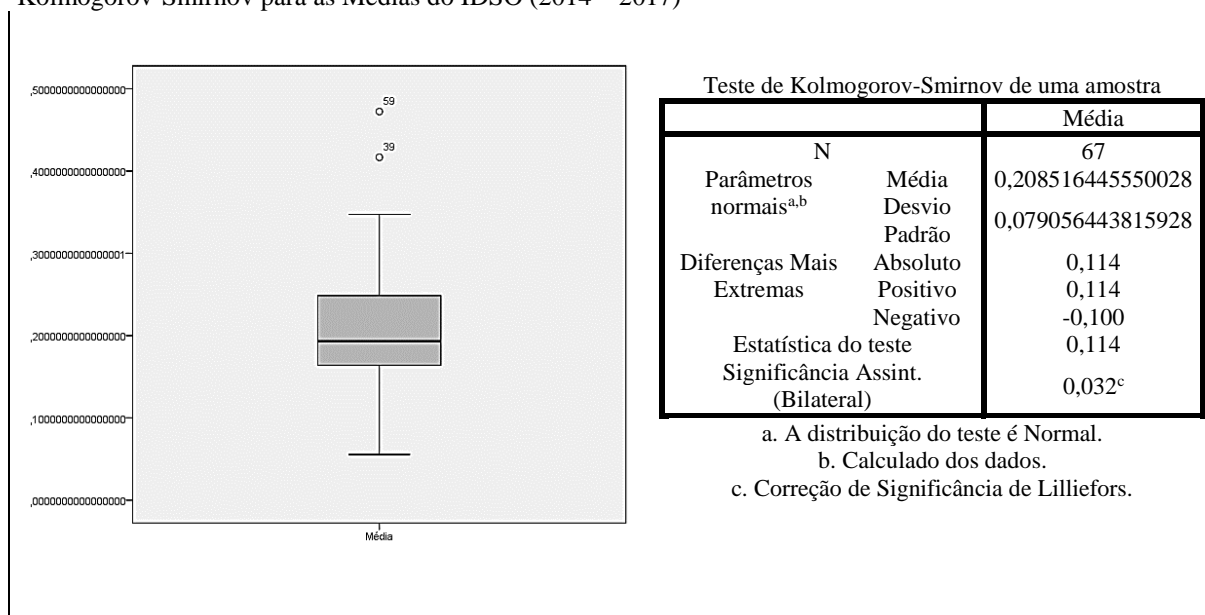
Nos quadros nº 8 e nº 9 são demonstradas as condições para testes, excluindo-se apenas o dado correspondente ao ano 2015 em nome do Centro de convivência "Professora Marlene Sousa", no valor de 0,7056. O que reporta um valor de significância no valor de 0,032, com observação de ser a distribuição normal. Porém a literatura determina que a significância precisa ser $>$ que 0,05 no teste de Kolmogorov-Smirnov para que a distribuição seja normal.

Quadro nº 8: Resumo de processamento de casos – Média do IDSO (2014 – 2017)

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Média	67	98,5%	1	1,5%	68	100,0%

Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Quadro nº 9: Representação da Distribuição dos dados e *outliers* em gráfico *Boxplot* e teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov para as Médias do IDSO (2014 – 2017)

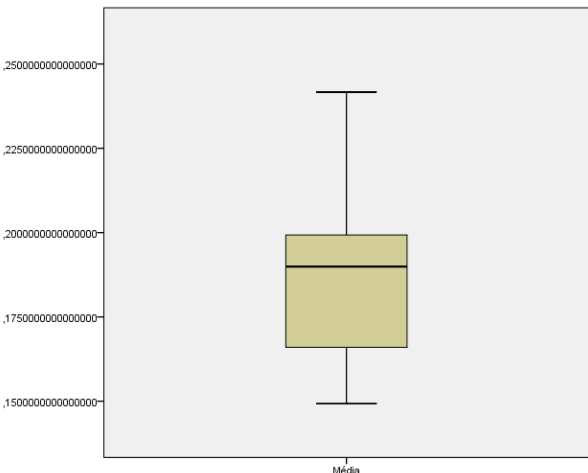


Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Na sequência, o ajuste, com exclusão dos valores anormais apontados no *Boxplot* demonstrado no quadro nº 9, realizou-se novamente os testes, considerando apenas os dados dos CCIs que responderam as quatro edições do Censo SUAS (2014 a 2017), totalizando assim uma amostra de 10 (dez) CCIs, o que resultou em valores de clareza enquanto a distribuição normal dos dados, sendo a significância do teste de Kolmogorov-Smirnov maior que 0,05 (sig. de 0,200), assimetria de 0,570 e curtose de -0,387, para o conjunto das médias do IDSO (2014 a 2017), como demonstrado no quadro nº 10:

Quadro nº 10: Representação da Distribuição dos dados e *outliers* em gráfico Boxplot e teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov para as Médias do IDSO dos CCIs que apresentaram de fato registros nos Censos SUAS 2014 a 2017

Resumo de processamento de casos – MÉDIAS IDOS 2014 A 2017						
	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Média	10	14,7%	58	85,3%	68	100,0%

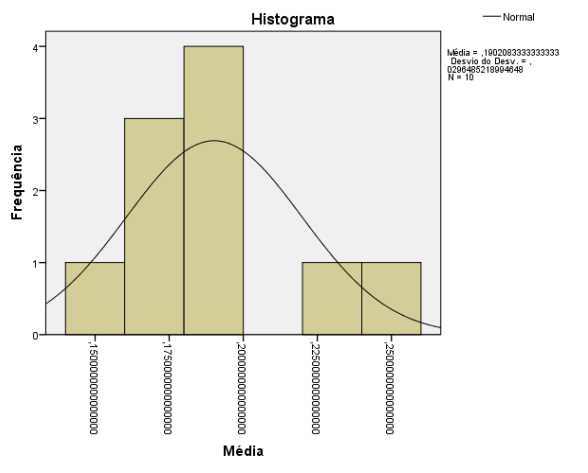


Média

Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra

		Média
N		10
Parâmetros normais ^{a,b}	Média	0,19020833333
	Desvio Padrão	0,02964852189
	Diferenças Mais Extremas	
	Absoluto	0,179
	Positivo	0,179
	Negativo	-0,124
	Estatística do teste	0,179
	Significância Assint. (Bilateral)	0,200 ^{c,d}

a. A distribuição do teste é Normal.
b. Calculado dos dados.
c. Correção de Significância de Lilliefors.
d. Este é um limite inferior da significância verdadeira.



Média

		Estatística	Erro Padrão
Média	Média	0,19020833333	0,009375685845969
95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	0,168999058440	
	Limite superior	0,211417608225	
5% da média aparada		0,189621913580	
Mediana		0,189930555555	
Variância		0,001	
Desvio Padrão		0,029648521899	
Mínimo		0,149305555555	
Máximo		0,241666666666	
Amplitude		0,092361111111	
Amplitude interquartil		0,042187500000	
Assimetria		0,570	0,687
Curtose		-0,387	1,334

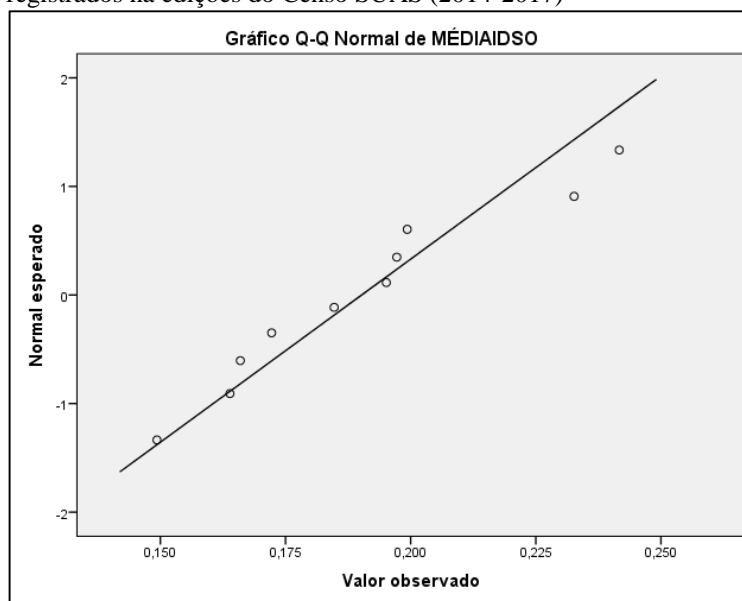
Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

A análise dos dados dos IDSO para as médias dos anos 2014 a 2017 demonstra que o comportamento dos dados tende a uma distribuição normal, podendo ser utilizada para inferir a dinâmica desses indicadores.

A constatação é de que a sistematização da coleta e adequação dos formulários devem ser priorizados para que o modelo melhor se adeque e aperfeiçoe suas condições de aferição de desempenho em termos de oferta dos serviços. Haja vista que, uma análise com maior número de CCIs poderia sobremaneira melhorar os resultados de aderência dos testes aplicados.

O Gráfico Q-Q Normal da Média IDSO (2014-2017) deixa a tendência à normalidade dos dados mais clara, tendo em vista o comportamento da distribuição de resíduos como demonstra o gráfico 06.

Gráfico nº 6: Gráfico Q-Q Normal das Médias IDSO (2014 a 2017) para os 10 (dez) CCIs com dados registrados na edições do Censo SUAS (2014-2017)



Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

O Índice ora apresentado (IDSO), se assemelha, quanto aos objetivos, ao modelo de acompanhamento de níveis de serviços realizados para os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), denominado Índice de Desenvolvimento do CRAS (IDCRAS), desenvolvido pela Coordenação-Geral dos Serviços de Vigilância Socioassistencial (CGVIS/DGSUAS), da Secretaria Nacional de Assistência Social (DGSUAS/SNAS), e que se encontra regulamentado pela Nota Técnica N.º 27/2015-DGSUAS/SNAS/MDS, permitindo um monitoramento mais factível do desempenho assistencial dos municípios em termos de nível de oferta de serviço pelos CRAS, funcionando como indicador de auxílio à gestão pública da assistência social brasileira.

Desta maneira, reforça-se a importância do monitoramento e avaliação de políticas públicas, em seus menores núcleos, como é o caso dos serviços realizados pelos Centros de Convivência, permitindo a identificação de deficiências da oferta para possíveis intervenções de melhoria.

Tal mensuração, se realizada de forma a envolver todos os centros de serviços, pode indicar também uma oportunidade comparativa dos níveis de serviços, assim como a análise da sua relação com a demanda social por área geográfica, com o perfil de gestão empregado em cada unidade, e também com níveis de investimentos (recursos) que são direcionados para cada centro, favorecendo uma melhor racionalização de recursos.

Saindo da seara da oferta de serviços, o tópico seguinte refere-se à exploração de dados relacionados aos usuários, a fim de proporcionar uma mensuração dos níveis de qualidade de vida (desenvolvimento social) dos usuários, ou seja, dos idosos que frequentam os CCIs, ou pelo menos dos que estejam vinculados aos seus respectivos CRAS de referência, aos quais se denominou Índice de Desenvolvimento Social de Resultados (IDSR), mensurados por indicadores que estão fora do controle da gestão, mas que podem ser influenciados pelos níveis de oferta, como demonstra a literatura pertinente ao desenvolvimento social (NIALL THIN apud DFID, 2004, p. 19).

4.2.2 Índice de Desenvolvimento Social de Resultado (IDSR) dos CCIs /CRAS – Teresina (2014 a 2017)

Com já explicado, os CCIs são obrigatoriamente referenciados por CRAS, sendo que todos os usuários dos serviços de proteção social devem ser cadastrados no Cadastro Único (CadÚnico), através do qual, por meio de sua atualização e consequente observação, pode-se acompanhar as famílias com classificações de vulnerabilidade e visualizar as necessidades enquanto usuárias do SUAS.

Os dados para cálculo dos Índices de Desenvolvimento Social de Resultado foram retirados do CadÚnico e aglutinados por Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), conforme período de análise (2014 a 2017), explorando-se especificamente as bases de dados relacionadas aos indivíduos maiores de 60 (sessenta) anos de idade (dados sobre escolaridade e emprego/rendimento) e a família (informações relacionadas à habitação e saúde), usando o código de identificação familiar e pessoal para cruzamento entre as bases de dados.

No cálculo do Índice de Desenvolvimento Social de Resultado na dimensão Educação (IDSR-Educ), realizou-se a média entre dois quesitos: a condição de alfabetização (sim ou não – peso 1 e 0, respectivamente); e nível de escolaridade, sendo pesos 1 para Nível Superior, 0,8

para Ensino Médio, 0,5 para Ensino Fundamental II, 0,3 para Ensino Fundamental I, e peso 0 para abaixo desse nível.

Para o Índice de Desenvolvimento Social de Resultado Saúde (IDSR-Saú), dada a ausência de informações relacionadas à condição individual de saúde, considerou-se a condição de ser ou não o idoso atendido por uma instituição de saúde na área em que reside, ou seja, de ter registro no CadÚnico da Unidade Básica de Saúde pública de referência que presta assistência à família do idoso. Para os casos afirmativos, atribuiu-se peso 1 (um) e em situação de ausência deste serviço de saúde, atribuiu-se peso 0 (zero).

Quanto ao cálculo do Índice de Desenvolvimento Social de Resultado na dimensão Emprego e Renda (IDSR-EmpR), considerou-se as condições de aposentadoria (sim ou não, com pesos 1 e 0, respectivamente), e também a situação em que idosos percebem uma renda mensal superior a 1,5 (um e meio) salário mínimo vigente ao ano da análise. Após, realizou-se a média entre esses indicadores para descobrir o IDSR-EmpR.

O Índice de Desenvolvimento Social de Resultado na dimensão Habitação (IDSR-Hab) foi calculado pela média das seguintes condições (indicadores): tipo de domicílio (permanente, peso 1; coletivo, peso 0,5; improvisado, peso 0,3); água encanada (sim, peso 1; não, peso 0); tipo de abastecimento (rede pública, peso 1; poço ou nascente, peso 0,5; cisterna, peso 0,3, outros tipos, peso 0); existência de banheiro (sim, peso 1; não, peso 0); tipo de sanitário (rede de coleta, peso 1; fossa séptica, peso 0,8; fossa rudimentar, peso 0,5; outros tipos, peso 0); condição da coleta de lixo (coleta pública, peso 1; coleta indireta, peso 0,5; queimado ou enterrado, peso 0,3; outros, peso 0); tipo de iluminação (medidor individual, peso 1; medidor coletivo, peso 0,5; sem medidor, peso 0,3; outros tipos, peso 0); e calçamento (peso 1 para total; peso 0,5 para parcial; peso 0 para inexistente).

Na análise dos bancos de dados do CadÚnico disponibilizados no portal do Ministério do Desenvolvimento Social (atualmente denominado Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, devido à mudança da chefia do poder executivo brasileiro, após as eleições 2018) não foram identificados dados relacionados aos CRAS do município de Teresina suficientes aos cálculos do IDSR, das dimensões educação e emprego/renda, do ano 2014 (pois não se apresentaram dados na base para “pessoas” – informações individuais) e nem do ano 2016, em todas as dimensões (visto que as planilhas disponibilizadas não apresentam dados das bases família e pessoas).

Assim, somente foi possível realizar os cálculos integrais para os anos 2015 e 2017. Em relação ao ano de 2014, pôde-se fazer os indicadores de desenvolvimento da dimensão

habitação, já para o ano de 2016, houve total impossibilidade por não constarem dados disponibilizados no CadÚnico.

No ano de 2014, o Índice de Desenvolvimento Social de Resultado na dimensão habitação foi calculado obtendo-se os resultados apresentados na tabela nº 14, considerando o tipo de moradia (permanente, coletivo, improvisado). Sobre a IDSR-Saúde, constatou-se registros de unidades básicas de saúde nas áreas de abrangência de todos os CRAS.

Tabela nº 14: Índice de Desenvolvimento Social de Resultados – Habitação (IDRS-HAB) ano 2014, por tipo de moradia das famílias

Nome do CRAS / Tipo de Moradia	CRAS LEST V	CRAS LESTE I	CRAS LESTE II	CRAS LESTE III	CRAS LESTE IV	CRAS NORTE I	CRAS NORTE II	CRAS NORTE III	CRAS NORTE IV	CRAS SUDESTE I	CRAS SUDESTE II	CRAS SUDESTE III	CRAS SUDESTE IV	CRAS SUL I	CRAS SUL II	CRAS SUL III	CRAS SUL IV	CREAS POP TERESINA	Sem ident. do CRAS	Total Geral
Coletivo	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
Improvisado	0,04		0,04	0,04	0,04			0,04		0,04		0,04					0,04	0,04	0,04	0,04
Permanente	0,61	0,88	0,90	0,87	0,86	0,88	0,93	0,94	0,59	0,96	0,95	0,92	0,72	0,90	0,84	0,91	0,93		0,87	0,88
IDSR-HAB	0,60	0,87	0,87	0,76	0,84	0,87	0,93	0,84	0,57	0,93	0,94	0,79	0,66	0,88	0,83	0,86	0,90	0,01	0,76	0,81

Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Observando-se a classificação do tipo de moradia, percebe-se que a grande maioria em 2014 residia em imóveis permanentes, geralmente caracterizados pelo fato de serem de propriedade da família, fato que elevou consideravelmente os valores do IDSR-Hab.

Relativamente, em 2014, das 16.836 (dezesesseis mil, oitocentos e trinta e seis) famílias inscritas, 91,30% (noventa e um vírgula trinta por cento) das famílias cadastradas nos CRAS residiam em uma condição de moradia permanente, sendo 5,51% (cinco vírgula cinquenta e um por cento) em uma condição de moradia improvisada, e 3,13% (três vírgula treze por cento) em regime coletivo de moradia, ao passo que 9 (nove) famílias, correspondente a 0,05% (zero vírgula zero cinco por cento) não informaram tipo de moradia.

Cerca de 85,64% (oitenta e cinco vírgula sessenta e quatro por cento) das famílias registradas em 2014 apresentam informações da existência de água encanada nos imóveis, e 5,66% (cinco vírgula sessenta e seis) constam como sem água encanada, e 8,70% (oito vírgula sete por cento) não informaram. Sobre a forma de abastecimento, 83,59% (oitenta e três vírgula cinquenta e nove) tem registro de abastecimento da rede pública; 5,98% (cinco vírgula noventa e oito por cento) abastecem-se por poços ou nascentes; e 11 (onze) famílias são abastecidas por cisternas, ao passo que o restante são abastecidas por outros meios, ou não informaram a forma.

Sobre a existência de banheiros, 84,78% (oitenta e quatro vírgula setenta e oito por cento) das famílias possuem banheiro; 6,52% (seis vírgula cinquenta e dois por cento) não possuem banheiros; e 8,70% (oito vírgula sete por cento) estão sem a informação. Sobre o escoamento sanitário, a grande maioria, correspondente a cerca de 72,17% (setenta e dois vírgula dezessete por cento) possuem fossa séptica; 8,80% (oito vírgula oitenta por cento) estão conectados a um rede de coletora de esgoto; 2,39% (dois vírgula trinta e nove por cento) em escoamento sanitário em fossas rudimentares; e o restante saneiam-se por vala a céu aberto, direto a um rio, ou por outra forma. Das famílias, 15,22% (quinze vírgula vinte e dois por cento) não possuem informação sobre o tipo de sistema sanitário.

A respeito do calçamento, 64,28% (sessenta e quatro vírgula vinte e oito por cento) das famílias residem em ruas com pavimentação mínima de calçamento, outros 7,98% (sete vírgula noventa e oito por cento) têm registro de calçamento parcial na rua em que residem, e 19,05% (dezenove vírgula zero cinco por cento) moram em imóveis cujas ruas não possuem calçamento.

Nas condições de iluminação, registrou-se que 71,36% (setenta e um vírgula trinta e seis por cento) residem em imóveis com medidor elétrico próprio; 1,04% (um vírgula zero quatro por cento) com medidores comunitários; e 11,06% (onze vírgula zero seis por cento) sem medidor. Cerca de 8,7% (oito vírgula sete por cento) não informaram a condição de iluminação, e o restante possui registro de iluminação por meio de vela, gás, querosene ou outra forma.

Sobre a destinação do lixo, 78,81% (setenta e oito vírgula oitenta e um por cento) recebem serviços de coleta direta (pública); 4,34% (quatro vírgula trinta e quatro por cento) por meio de coleta indireta; e 6,65% (seis vírgula sessenta e cinco por cento) das famílias queimam ou enterram seu lixo. O restante, ou se encontram em outras formas ou não constam informações a respeito, este último caso, correspondendo a 8,7% (oito vírgula sete por cento).

Os dados dos indicadores usados para o cálculo do IDSR-HAB do ano de 2014 estão descritos em número de famílias e percentuais no Quadro nº 11:

Quadro nº 11: Indicadores usados para o cálculo do IDSR-HAB -2014

TIPO DE MORADIA			EXISTÊNCIA DE ÁGUA ENCANADA		
Tipo de Moradia/2014	Qtde. de famílias	%	Água Encanada/2014	Soma família	%
Coletivo	527	3,13%	Não informado	1464	8,70%
Improvisado	928	5,51%	Sim	14.419	85,64%
Permanente	15.372	91,30%	Não	953	5,66%
Não informado	9	0,05%	Total Geral	16.836	100,00%
Total Geral	16.836	100,00%			
BANHEIROS			TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA		
Banheiros	Soma famílias	%	Tipo de Abastecimento de água	Soma famílias	%
Sim	14.274	84,78%	Rede pública	14.073	83,59%

Não	1.098	6,52%	Poço ou nascente	1.007	5,98%
Não informado	1.464	8,70%	Cisternas	11	0,07%
Total Geral	16.836	100,00%	Outros	281	1,67%
			Não informado	1.464	8,70%
			Total Geral	16.836	100,00%
CALÇAMENTO			TIPO DE ILUMINAÇÃO		
Calçamento	Soma famílias	%	Tipo de Iluminação	Soma famílias	%
Total	10.822	64,28%	Elétrica com medidor próprio	12.014	71,36%
Parcial	1.343	7,98%	Elétrica com medidor comunitário	175	1,04%
Ausente	3.207	19,05%	Elétrica sem medidor	1.862	11,06%
Não informado	1.464	8,70%	Óleo, querosene ou gás	15	0,09%
Total Geral	16.836	100,00%	Vela	18	0,11%
			Outra forma	1.288	7,65%
			Não informado	1.464	8,70%
			Total Geral	16.836	100,00%
SANITÁRIOS			DESTINO DO LIXO		
Sanitários	Soma famílias	Contagem de MÉDIA	Destino de lixo	Soma famílias	%
Rede coletora de esgoto ou pluvial	1.482	8,80%	É coletado diretamente	13.268	78,81%
Fossa séptica	12.151	72,17%	É coletado indiretamente	731	4,34%
Fossa rudimentar	402	2,39%	É queimado ou enterrado na propriedade	1.120	6,65%
Vala a céu aberto	103	0,61%	É jogado em terreno baldio ou logradouro (rua, avenida, etc.)	177	1,05%
Direto para um rio, lago ou mar	23	0,14%	É jogado em rio ou mar	12	0,07%
Outra forma	113	0,67%	Tem outro destino	64	0,38%
Não informado	2.562	15,22%	Não informado	1.464	8,70%
Total Geral	16.836	100,00%	Total Geral	16.836	100,00%

Fonte: Elaborada pelo autor – dados da pesquisa.

Importante salientar que não foi possível a identificação de pessoas idosas nas 16.836 (dezesseis mil oitocentos e trinta e seis) famílias registradas no CadÚnico pelo fato de não terem sido disponibilizados a base de dados “pessoas”, inviabilizando o cruzamento das informações para o ano 2014. Assim, esta análise apenas apresenta um panorama ampliado das condições de habitação das famílias referenciadas pelos Centros de Assistência Social (CRAS).

Para o ano 2015, com ambas as bases de dados (famílias e pessoas) disponibilizados pelo Ministério do Desenvolvimento Social, foi possível a mensuração dos índices propostos, filtrando-se os usuários idosos do município com registros nos CRAS.

Partindo-se dessa condição, e considerando que os idosos assistidos pelos CCIs são referenciados pelos CRAS, os grupos de idosos por Centro de Convivência foram aglutinados em grupos maiores, referenciados pelo CRAS respectivo, como demonstrado no quadro a seguir (Quadros nº 12):

Quadro nº 12: Aglutinação de idosos por CRAS para os anos 2015 e 2017

ANO 2015	Qtde. de idosos
CRAS LESTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS JANELA DOS SONHOS - PEQUENO PORTE I	8
CRAS LESTE II	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "ADEUS SOLIDÃO" - PEQUENO PORTE I	9
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "MORADA DO SOL" - PEQUENO PORTE I	
CRAS LESTE III	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "PLANALTO URUGUAI" - PEQUENO PORTE I	4
CRAS LESTE IV	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO PARQUE UNIVERSITÁRIO - PEQUENO PORTE I	1
CRAS NORTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "GRUPO DE IDOSOS "VIDA E FÉ" - PEQUENO PORTE I	10
CRAS NORTE II	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "ITAPERU E ADJACÊNCIA" - PEQUENO PORTE I	11
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MARLY SARNEY" - PEQUENO PORTE	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "SABER VIVER	
CRAS NORTE III	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "FELIZ IDADE" - PEQUENO PORTE I	18
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "RAIO DE SOL" - GRANDE PORTE	
CRAS NORTE IV	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "DIVINO ESPÍRITO SANTO" - PEQUENO PORTE I	2
CRAS NORTE V (VIEIRA TORANGA)	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "GRUPO DE IDOSOS ESPERANÇA" - PEQUENO PORTE I	Não informado
CRAS SUDESTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "COMUNIDADE SÃO JOSÉ" - PEQUENO PORTE I	12
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "TANCREDO NEVES" - PEQUENO PORTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "VILA DA GUIA" - PEQUENO PORTE I	
CRAS SUDESTE III	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CENTRO PASTORAL N. S. P. SOCORRO" - PEQUENO PORTE I	8
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "ALTO DA RESSURREIÇÃO" - GRANDE PORTE	
CRAS SUL I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CIDADANIA" - GRANDE PORTE	3
CRAS SUL II	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "VILA IRMÃ DULCE" - PEQUENO PORTE I	6
CRAS SUL III	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES - GRANDE PORTE	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS GRUPO DE IDOSOS "ASSOCIAÇÃO DO MOVIMENTO EM BUSCA DE SO	11
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE MULHERES DO PROMORAR - MÉDIO PORTE	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PROMORAR" - MÉDIO PORTE	
CRAS SUL IV	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CASA DE METARA" - GRANDE PORTE	13

CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS ENVELHECER COM QUALIDADE - PEQUENO PORTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PROFESSORA MARLENE SOUSA" - PEQUENO PORTE II	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "SILVIO BRUNO" - GRANDE PORTE II	
CRAS SUL V	Não informado
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "KM 07" - GRANDE PORTE	
CRAS LESTE V	3
CRAS SUDESTE II	12
CRAS SUDESTE IV	4
Dados de idosos sem identificação do CRAS	85
TOTAL	220
ANO 2017	Qtde. de idosos
CRAS LESTE I	13
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS JANELA DOS SONHOS - PEQUENO PORTE I	
CRAS LESTE II	22
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "ADEUS SOLIDÃO" - PEQUENO PORTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "MORADA DO SOL" - PEQUENO PORTE I	
CRAS LESTE III	12
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "PLANALTO URUGUAI" - PEQUENO PORTE I	
CRAS LESTE IV	4
CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO PARQUE UNIVERSITÁRIO - PEQUENO PORTE I	
CRAS NORTE I	8
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "GRUPO DE IDOSOS "VIDA E FÉ" - PEQUENO PORTE I	
CRAS NORTE II	23
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "ITAPERU E ADJACÊNCIA" - PEQUENO PORTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "MARLY SARNEY" - PEQUENO PORTE	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "SABER VIVER	
CRAS NORTE III	26
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "FELIZ IDADE" - PEQUENO PORTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "RAIO DE SOL" - GRANDE PORTE	
CRAS NORTE IV	7
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "DIVINO ESPÍRITO SANTO" - PEQUENO PORTE I	
CRAS NORTE V (VIEIRA TORANGA)	6
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "GRUPO DE IDOSOS ESPERANÇA" - PEQUENO PORTE I	
CRAS SUDESTE I	7
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "COMUNIDADE SÃO JOSÉ" - PEQUENO PORTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "TANCREDO NEVES" - PEQUENO PORTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "VILA DA GUIA" - PEQUENO PORTE I	
CRAS SUDESTE III	19
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CENTRO PASTORAL N. S. P. SOCORRO" - PEQUENO PORTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "ALTO DA RESSURREIÇÃO" - GRANDE PORTE	
CRAS SUL I	3
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CIDADANIA" - GRANDE PORTE	

CRAS SUL II	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS "VILA IRMÃ DULCE" - PEQUENO PORTE I	12
CRAS SUL III	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES - GRANDE PORTE	19
CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS GRUPO DE IDOSOS "ASSOCIAÇÃO DO MOVIMENTO EM BUSCA DE SO	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE MULHERES DO PROMORAR - MÉDIO PORTE	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PROMORAR" - MÉDIO PORTE	
CRAS SUL IV	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "CASA DE METARA" - GRANDE PORTE	15
CENTRO DE CONVIVÊNCIA GRUPO DE IDOSOS ENVELHECER COM QUALIDADE - PEQUENO PORTE I	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "PROFESSORA MARLENE SOUSA" - PEQUENO PORTE II	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "SILVIO BRUNO" - GRANDE PORTE II	
CRAS SUL V	
CENTRO DE CONVIVÊNCIA "KM 07" - GRANDE PORTE	3
CRAS LESTE V	5
CRAS SUDESTE II	14
CRAS SUDESTE IV	9
IDOSOS SEM IDENTIFICAÇÃO DO CRAS	21
TOTAL	248

Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa (Censo SUAS 2015 e 2017).

É necessário destacar que algumas incoerências e ausências de marcações por parte do responsável pelo preenchimento dos CadÚnico ou Censo Suas, acarretou situação de não identificação dos usuários por CRAS, representada pela grande quantidade de idosos que foram cadastrados sem a indicação do CRAS de referência, cerca de 85 (oitenta e cinco) usuários, para o ano 2015 e 21 (vinte e um) para o ano 2017.

Realizados os cálculos para a obtenção do IDSR/2015 por CRAS, considerando-se os dados de 220 (duzentos e vinte) idosos e suas respectivas famílias, obteve-se os seguintes resultados médios por CRAS (Tabela nº 15):

Tabela nº 15: IDSR-médio por dimensões e geral (ano 2015)

CRAS	Média de IDSR- EDUC	Média de IDSR- SAUDE	Média de IDSR- EMPR	Média de IDSR- HAB	Média de IDSR- GERAL
CRAS SUL III	0,45	0,91	0,27	0,97	0,65
CRAS SUDESTE I	0,40	0,83	0,33	0,97	0,63
CRAS NORTE I	0,58	0,80	0,20	0,89	0,62
CRAS NORTE III	0,66	0,67	0,22	0,95	0,62
CRAS SUDESTE III	0,48	0,88	0,19	0,93	0,62
CRAS SUL II	0,47	0,67	0,42	0,91	0,62
CRAS SUL IV	0,48	0,77	0,31	0,93	0,62
CRAS LESTE II	0,60	0,67	0,22	0,97	0,61
CRAS NORTE II	0,59	0,64	0,27	0,93	0,61
CRAS SUDESTE II	0,42	0,83	0,21	0,90	0,59
CRAS LESTE I	0,33	0,88	0,19	0,89	0,57
CRAS SUL I	0,47	0,67	0,33	0,82	0,57

Continua...

Continuação da tabela nº 15: IDSR-médio por dimensões e geral (ano 2015)

CRAS LESTE V	0,48	1,00	0,00	0,68	0,54
CRAS SUDESTE IV	0,38	1,00	0,25	0,46	0,52
CRAS LESTE III	0,00	0,50	0,25	0,90	0,41
CRAS NORTE IV	0,33	0,00	0,50	0,74	0,39
CRAS Não informado	0,46	0,02	0,24	0,80	0,38
CRAS LESTE IV	0,50	0,00	0,00	0,91	0,35
Média por dimensão	0,45	0,65	0,24	0,86	0,55

Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa.

Realizando-se uma análise estatisticamente descritiva, se apresenta no Quadro nº 13 um resumo estatístico dos índices das dimensões saúde, educação, habitação e emprego/renda, além da idade e da renda, utilizados no cálculo do IDSR-Geral, contendo medidas de dispersão, em especial as de assimetria e curtose, com um nível de confiança de 95% (noventa e cinco por cento), para apreciação inicial da normalidade da distribuição dos dados.

Quadro nº 13: Resumo estatístico (idade, renda, IDSR-Educ., IDSR-Emp., IDSR-Hab., IDSR-Saúde e IDSR-Geral)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
Idade	220	60,0	93,0	66,768	6,5191	42,49	1,50	0,16	2,342	0,327
RENDA	217	0,0	2250,0	455,945	357,8902	128085,40	0,606	0,165	1,889	0,329
IDSR-EDUC	220	0,00	1,00	0,4730	0,32246	0,104	-5,18	0,164	-1,329	0,327
IDSR-EMPR	220	0,0	1,0	0,248	0,2551	0,065	0,122	0,164	-1,738	0,327
IDSR-HAB	220	0,03750	1,0	0,867272727	0,202456953	0,041	-2,755	0,164	7,749	0,327
IDSR-SAUDE	220	0,0	1,0	0,473	0,5004	0,250	0,110	0,164	-2,006	0,327
IDSR-GERAL	220	0,0718750	0,868750	0,5151704545	0,1794034502	0,032	-0,117	0,164	-0,643	0,327
N válido (listwise)	217									

Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa.

Quanto à variável idade, tem-se que a idade média dos idosos é de 66,76 (sessenta e seis vírgula setenta e seis) anos, sendo o máximo de 93 (noventa e três) e o mínimo de 60 (sessenta) anos; enquanto que sobre a renda, a média é no valor de R\$ 455,94 (quatrocentos e cinquenta e cinco reais e noventa e quatro centavos), sendo o valor mínimo de R\$ 0,00 (zero) reais e o valor máximo de R\$ 2.250,00 (dois mil e duzentos e cinquenta reais).

Os Índices de Desenvolvimento Social de Resultado Geral (IDSR-Geral) para os 220 (duzentos e vinte) idosos em 2015 tem um grau de normalidade em distribuição significativa, como demonstrado pelas medidas de assimetria, curtose, sua curva de distribuição normal, gráficos de distribuição normal, *Boxplot* e teste de Kolmogorov-Smirnov ilustrados no Quadro nº 14.

Resultados das dimensões educação, habitação, saúde e emprego/renda, conforme mencionado anteriormente. Em resumo, os índices médios por CRAS se apresentaram como representado na Tabela nº 16.

Tabela nº 16: IDSR-médio por dimensões e geral (ano 2017)

CRAS	Média de IDSR-SAUDE	Média de IDSR-HAB	Média de IDSR-EMPR	Média de IDSR-EDUC	Média de IDSR-GERAL
CRAS LESTE I PEDRA MOLE	0,77	0,91	0,50	0,36	0,63
CRAS LESTE II VILA MARIA	0,86	0,93	0,32	0,31	0,60
CRAS LESTE III FORTALECENDO VINCULOS	0,83	0,93	0,38	0,37	0,63
CRAS LESTE IV SEMEANDO DIREITOS	1,00	0,91	0,38	0,54	0,71
CRAS LESTE V MATA DOS COCAIS	0,60	0,61	0,30	0,20	0,43
CRAS NORTE I MARIA AVANIR SOUSA SILVA	0,88	0,95	0,38	0,32	0,63
CRAS NORTE II CARLOS AUGUSTO RODRIGUES DE SILVA	0,96	0,97	0,39	0,47	0,70
CRAS NORTE III VILA SAO FRANCISCO	1,00	0,98	0,27	0,52	0,69
CRAS NORTE IV CAMINHOS VERDES	0,86	0,68	0,43	0,02	0,50
CRAS NORTE V VIEIRA TORANGA	1,00	0,85	0,17	0,23	0,56
CRAS SUDESTE I CASA DOS DIREITOS	1,00	0,97	0,29	0,46	0,68
CRAS SUDESTE II DIRCEU ARCOVERDE	0,93	0,97	0,43	0,58	0,73
CRAS SUDESTE III CASA DA CIDADANIA	0,84	0,93	0,34	0,35	0,62
CRAS SUDESTE IV CIDADANIA EM CAMPO	1,00	0,83	0,33	0,44	0,65
CRAS SUL I ANA MARIA REGO	0,33	0,98	0,33	0,42	0,52
CRAS SUL II IRMA DULCE	0,83	0,91	0,29	0,36	0,60
CRAS SUL III MARIA DE JESUS SOARES DIOCESANO	1,00	0,95	0,32	0,54	0,70
CRAS SUL IV ESPACO FAMILIA CIDADADA	1,00	0,96	0,37	0,50	0,71
CRAS SUL V TERESA CRISTINA BRAGA DA SILVA	1,00	0,98	0,33	0,63	0,74
CRAS NÃO INFORMADO	0,24	0,95	0,40	0,49	0,52
Total Geral	0,85	0,93	0,35	0,42	0,64

Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa.

Para a análise estatística, considerando os dados dos 248 (duzentos e quarenta e oito) idosos da base de dados do ano 2017, plotou-se a curva de distribuição dos IDSR-Geral do ano 2017, através da qual conclui-se que, a curva tem comportamento normal e medidas de assimetria e curtose (próximas de zero) que indicam condição para aplicação de testes paramétricos para análise do potencial de previsão estatística, como representada nos Quadros nº 15 e 16 e Gráfico nº 11:

Quadro nº 15: resumo estatístico dos IDSR do ano 2017

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
IDSR-SAUDE	248	0,0	1,0	0,851	0,3570	-1,981	0,155	1,941	0,308
IDSR-HAB	248	0,06250	1,0	0,9282762	0,1164917	-3,643	0,155	16,972	0,308
IDSR-EDUC	248	0,00	0,90	0,4220	0,29028	-0,448	0,155	-1,126	0,308
IDSR-EMPR	248	0,0	1,0	0,351	0,2379	-0,658	,0155	-0,977	0,308
IDSR-GERAL	248	0,265625	0,853125	0,63796623	0,1321852	-0,678	0,155	-0,324	0,308
N válido (listwise)	248								

Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa.

O comportamento dos dados do IDSR-Geral, no que se refere à assimetria, se apresenta enquadrada em uma condição de simetria significativa, visto que sendo o valor um pouco menor que zero (-0,678), indicando uma leve assimetria negativa (certa concentração de valores abaixo da média), mas sem descaracterizá-la, pois segundo Hair *et. al.* (2005), uma distribuição somente deve ser considerada substancialmente assimétrica quando o coeficiente de assimetria for superior a +1 ou inferior a -1.

O valor de curtose, um pouco menor que 0,263 (zero vírgula duzentos e sessenta e três), de -0,324, demonstra uma tendência leptocúrtica.

Quadro nº 16: Testes de Normalidade: Kolmogorov Smirnov – IDSRGeral ano 2017

CRAS	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
IDSR-GERAL	0,135	21	0,200*	0,926	21	0,115
CRAS LES	0,193	56	0,000	0,929	56	0,003
CRAS NOR	0,172	70	0,000	0,922	70	0,000
CRAS SUD	0,192	49	0,000	0,915	49	0,002
CRAS SUL	0,198	52	0,000	0,892	52	0,000

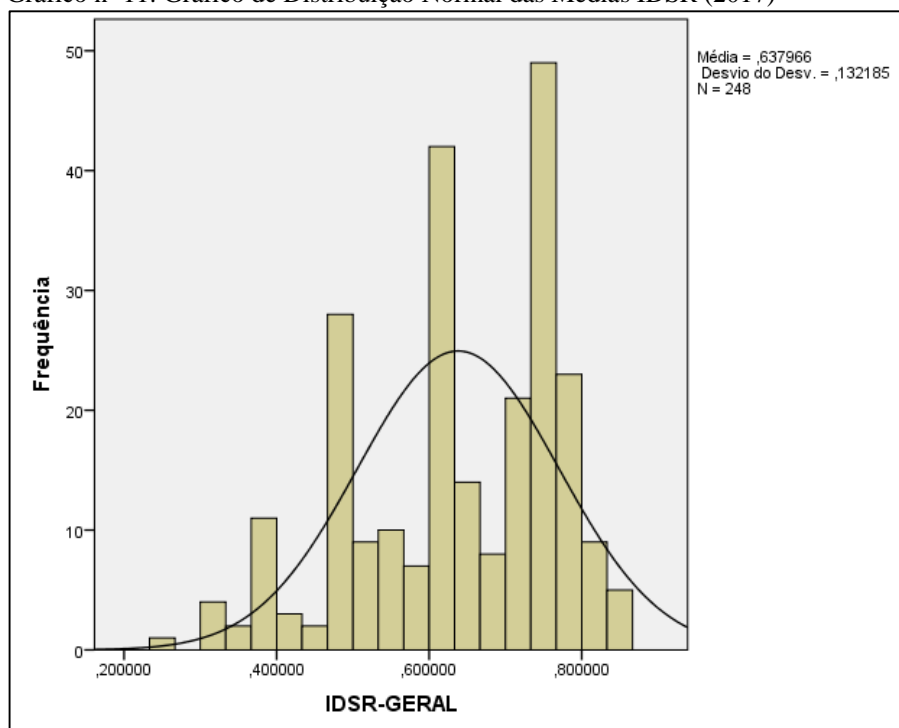
*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa.

Realizado o teste não paramétrico para a verificação dos níveis de consistência da distribuição normal (Teste de Kolmogorov-Smirnov), o valor de 0,200 (zero vírgula duzentos), realça o comportamento dos dados numa tendência a distribuição normal, como representado no Gráfico nº 11, ou seja, valor de significância > 0,05 (maior que zero vírgula zero cinco).

Gráfico nº 11: Gráfico de Distribuição Normal das Médias IDSR (2017)



Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa.

Seguindo-se com o plano de classificação das medidas das médias de IDSR-Geral por CRAS, para os anos em que foi possível realizar os cálculos em sua integralidade (2015 e 2017), excluindo-se os dados em que não foi possível a identificação do CRAS em cada ano, utilizou-se também os dois critérios:

- Bom (valores que se apresentem maior que um desvio-padrão mais a média, ou seja $x > \mu + \sigma$); Regular (valores que se apresentem entre mais ou menos um desvio-padrão da média, $\mu + \sigma \geq x \geq \mu - \sigma$); Ruim (valores que se apresentem abaixo da média menos um desvio-padrão, $x < \mu - \sigma$).
- Classificação segundo critério do IPECE ($0,000 < IDS \leq 0,300 \Rightarrow$ ruim; $0,300 < IDS \leq 0,500 \Rightarrow$ regular; $0,500 < IDS \leq 0,700 \Rightarrow$ bom; $0,700 < IDS \leq 1,000 \Rightarrow$ ótimo),

Importante ressaltar que nos dados do ano de 2015, dos 220 (duzentos e vinte) idosos, 84 (oitenta e quatro) não constam informação sobre o CRAS relacionado, representando cerca de 38% (trinta e oito por cento) dos dados. Enquanto que em 2017, dos 248 (duzentos e quarenta e oito) idosos encontrados há apenas 21 (vinte e um) registros sem identificação do CRAS, representando uma perda de dados na faixa de 8,4% (oito vírgula quatro por cento).

Desta maneira, para classificação conforme o primeiro critério citado, as medidas estatísticas de média e desvio-padrão foram representadas no quadro nº 17:

Quadro nº 17: Resumo Estatístico IDSR-GERAL de 2015 e 2017 - dados com identificação do CRAS

Medidas	Ano 2015	Ano 2017
Média	0,598851103	0,648747247
Erro padrão	0,012981878	0,008474631
Mediana	0,61875	0,665625
Modo	0,65625	0,74375
Desvio padrão	0,151393416	0,127683197
Variância da amostra	0,022919967	0,016302999
Curtose	-0,102571119	0,006744492
Assimetria	-0,455640662	-0,793255885
Intervalo	0,78125	0,5875
Mínimo	0,0875	0,265625
Máximo	0,86875	0,853125
Soma	81,44375	147,265625
Contagem	136	227
Nível de confiança (95,0%)	0,025674161	0,016699399

Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa.

Logo, as referências para classificação dos IDSR-Geral em Ruim, Regular ou Bom, nos respectivos anos da análise, são demonstradas no Quadro nº 18:

Quadro nº 18: Critérios para classificação dos CRAS conforme valores médios de IDSR- Geral

Ano	Limite inferior	Limite superior	Freq. Absoluta	Freq. Absoluta. Acum.	Freq. Relativa.	Freq. Relativa. Acum.	Class.
2015	0	0,447458	3	3	17,64%	17,64%	Ruim
	0,447458	0,750245	14	17	82,36%	100%	Regular
	0,750245	1	0	17	0,00%	100%	Bom
2017	0	0,521064	3	3	15,78%	15,78%	Ruim
	0,521064	0,77643	16	19	84,22%	100%	Regular
	0,77643	1	0	19	0,00%	100%	Bom

Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa.

Comparando as médias de IDSR-Geral aglutinadas por CRAS nos anos 2015 e 2017, houve um pequeno incremento destes índices, passando de um valor médio geral de 0,56 para 0,63, no entanto, de acordo com esta classificação, ambos apresentaram conceito médio de nível Regular, como mostrado no Quadro nº 19:

Quadro nº 19: Classificação dos CRAS de acordo com valores médios de IDSR-Geral (2015 e 2017)

CRAS	2015		2017	
	IDSR-Geral médio	Classificação	IDSR-Geral médio	Classificação
CRAS LESTE I	0,571875	Regular	0,633173077	Regular
CRAS LESTE II	0,614236111	Regular	0,604829545	Regular
CRAS LESTE III	0,41171875	Ruim	0,6265625	Regular
CRAS LESTE IV	0,353125	Ruim	0,70625	Regular
CRAS LESTE V	0,539583333	Regular	0,428125	Ruim
CRAS NORTE I	0,6159375	Regular	0,629296875	Regular
CRAS NORTE II	0,606818182	Regular	0,697961957	Regular
CRAS NORTE III	0,623784722	Regular	0,691466346	Regular
CRAS NORTE IV	0,390625	Ruim	0,497767857	Ruim
CRAS SUDESTE I	0,633333333	Regular	0,677232143	Regular
CRAS SUDESTE II	0,590625	Regular	0,725446429	Regular

Continua...

Continuação do quadro nº 19: Classificação dos CRAS de acordo com valores médios de IDSR-Geral (2015 e 2017)

CRAS SUDESTE III	0,61953125	Regular	0,615789474	Regular
CRAS SUDESTE IV	0,5203125	Regular	0,651736111	Regular
CRAS SUL I	0,571875	Regular	0,516666667	Ruim
CRAS SUL II	0,615625	Regular	0,6	Regular
CRAS SUL III	0,648863636	Regular	0,7	Regular
CRAS SUL IV	0,622836538	Regular	0,70625	Regular
CRAS NORTE V	---	---	0,563541667	Regular
CRAS SUL V	---	---	0,735416667	Regular
MÉDIA GERAL ANO	0,561806227	Regular	0,631974332	Regular

Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa.

Classificando-os conforme modelo do IPECE ($0,000 < IDS \leq 0,300 \Rightarrow$ ruim; $0,300 < IDS \leq 0,500 \Rightarrow$ regular; $0,500 < IDS \leq 0,700 \Rightarrow$ bom; $0,700 < IDS \leq 1,000 \Rightarrow$ ótimo), tem-se demonstrado no Quadro nº 20:

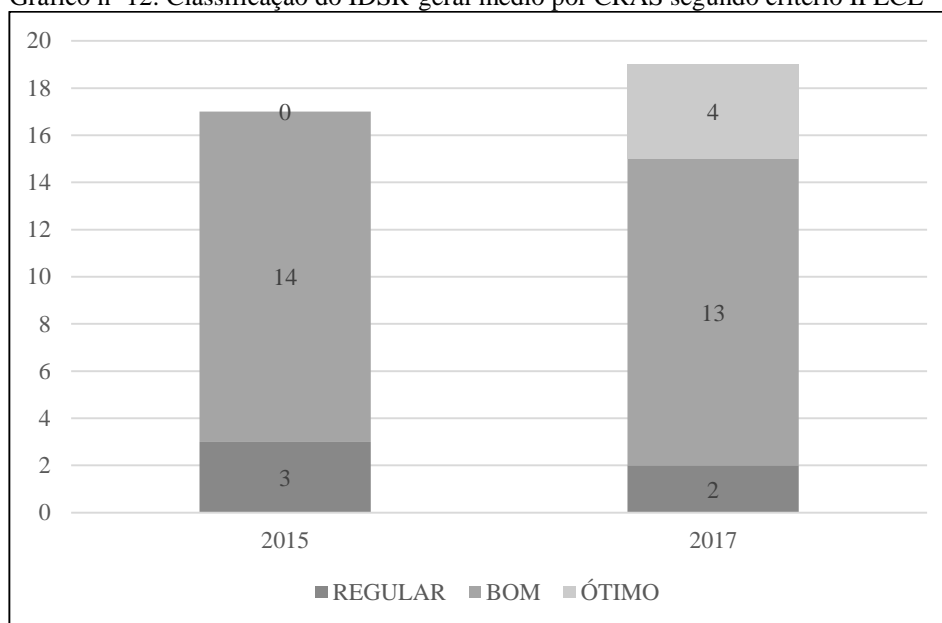
Quadro nº 20: Classificação dos CRAS de acordo com valores médios de IDSR-Geral conforme modelo IPECE (2015 e 2017)

CRAS	2015		2017	
	IDSR-Geral médio	Classificação Conforme IPECE	IDSR-Geral médio	Classificação Conforme IPECE
CRAS LESTE I	0,571875	BOM	0,6331731	BOM
CRAS LESTE II	0,614236111	BOM	0,6048295	BOM
CRAS LESTE III	0,41171875	REGULAR	0,6265625	BOM
CRAS LESTE IV	0,353125	REGULAR	0,70625	ÓTIMO
CRAS LESTE V	0,539583333	BOM	0,428125	REGULAR
CRAS NORTE I	0,6159375	BOM	0,6292969	BOM
CRAS NORTE II	0,606818182	BOM	0,697962	BOM
CRAS NORTE III	0,623784722	BOM	0,6914663	BOM
CRAS NORTE IV	0,390625	REGULAR	0,4977679	REGULAR
CRAS SUDESTE I	0,633333333	BOM	0,6772321	BOM
CRAS SUDESTE II	0,590625	BOM	0,7254464	ÓTIMO
CRAS SUDESTE III	0,61953125	BOM	0,6157895	BOM
CRAS SUDESTE IV	0,5203125	BOM	0,6517361	BOM
CRAS SUL I	0,571875	BOM	0,5166667	BOM
CRAS SUL II	0,615625	BOM	0,6	BOM
CRAS SUL III	0,648863636	BOM	0,7	BOM
CRAS SUL IV	0,622836538	BOM	0,70625	ÓTIMO
CRAS NORTE V	-----	-----	0,5635417	BOM
CRAS SUL V	-----	-----	0,7354167	ÓTIMO
MÉDIA GERAL ANO	0,56180623	BOM	0,631974	BOM

Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa.

Fazendo-se uma explanação gráfica da classificação, percebe-se uma evolução dos índices, pois no ano de 2015 foram registrados 3 (três) CRAS com IDSR no nível REGULAR, 14 (catorze) no nível BOM, enquanto no ano de 2017 obteve-se 2 (dois) em um nível REGULAR, 13 (treze) de nível BOM e 4 (quatro) registros em nível ÓTIMO.

Gráfico nº 12: Classificação do IDSR-geral médio por CRAS segundo critério IPECE



Fonte: Elaborado pelo autor - dados da pesquisa.

Estes índices se mostraram capazes de subsidiar o acompanhamento dos níveis de resultados no que se refere aos níveis de desenvolvimento social.

Para que haja efeito positivo sobre a melhora da qualidade de vida das pessoas é necessário que se tenha um aporte de recursos para oferta de condições, representando o esforço em serviços por parte do poder público.

O melhoramento das disponibilidades dos dados, como a correta coleta e alimentação dos sistemas de gerenciamento do SUAS de forma cuidadosa, podem amparar e gerar bases importantes para futuras pesquisas e aperfeiçoamento das políticas públicas, de forma que sejam cada vez mais eficientes, eficazes e alcancem o grau de efetividade desejado.

Para melhor aferição dos índices relacionados à saúde, sugere-se que sejam incluídas variáveis mais específicas relacionadas a estas dimensões, como acompanhamento de doenças crônicas, de imunização, nutricional, e até mesmo de mortes. Ou seja, informações que sejam capazes de dar maior clareza quanto às condições de saúde dos indivíduos atendidos pelos aparelhos de proteção social, especialmente nos municípios, pois o relacionamento de informações entre os sistemas da rede de proteção social dos idosos, sejam os ligados à saúde, à previdência, à segurança, à educação e outros, se constituem numa forma racional de melhor aproveitar as informações e maximizar o uso os recursos tecnológicos existentes em prol do planejamento para melhoria da qualidade de vida da população.

4.2.3 Índice de Desenvolvimento dos Centros de Referências da Assistência Social (IDCRAS) de Teresina no período de 2014 a 2017

Outro índice que será usado na análise multivariada se refere ao índice de desenvolvimento do CRAS, denominado IDCAS, desenvolvido pela Coordenação-Geral dos Serviços de Vigilância Socioassistencial (CGVIS/DGSUAS), da Secretaria Nacional de Assistência Social (DGSUAS/SNAS), e que se encontra regulamentado pela Norma Técnica N.º 27/2015-DGSUAS/SNAS/MDS, cujo objetivo principal é favorecer um monitoramento do desempenho assistencial dos municípios em termos de nível de oferta de serviço, servindo à gestão como instrumento para planejamento da assistência social brasileira em âmbito municipal.

Segundo a Norma Técnica n.º 27/2015-DGSUAS/SNAS/MDS o IDCAS é calculado a partir de três dimensões a saber: estrutura física; recursos humanos; e serviços.

No que se refere à estrutura física, o método envolve ponderação por nível de diversas características estruturais disponíveis nos CRAS, como existência de salas de atendimento individual e coletivo, acessibilidade, recepção, banheiros, dentre outros, como demonstrado no Quadro n.º 21:

Quadro n.º 21 - Dimensão Estrutura Física - IDCAS

	Famílias referenciadas (2.500 famílias ou 3.500 famílias)	Famílias referenciadas (5.000 famílias)
Nível 5	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir Recepção • Possuir, no mínimo, 2 salas de atendimento, sendo pelo menos 1 com capacidade para 15 ou mais pessoas • Possuir, no mínimo, 1 sala administrativa • Possuir, no mínimo, 2 banheiros • Possuir acessibilidade* • Possuir conjunto de equipamentos que inclua, no mínimo: 2 computadores conectados à internet; impressora, telefone, veículo exclusivo ou compartilhado 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir Recepção • Possuir, no mínimo, 4 salas de atendimento, sendo pelo menos 1 com capacidade para 15 ou mais pessoas • Possuir, no mínimo, 1 sala administrativa • Possuir, no mínimo, 2 banheiros • Possuir acessibilidade* • Possuir conjunto de equipamentos que inclua, no mínimo: 3 computadores conectados à internet; impressora, telefone, veículo exclusivo ou compartilhado
Nível 4	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir Recepção • Possuir, no mínimo, 2 salas de atendimento, sendo pelo menos 1 com capacidade para 15 ou mais pessoas • Possuir, no mínimo, 2 banheiros • Possuir acessibilidade, ao menos parcial* • Possuir pelo menos 1 computador conectado 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir Recepção • Possuir, no mínimo, 4 salas de atendimento, sendo pelo menos 1 com capacidade para 15 ou mais pessoas • Possuir, no mínimo, 2 banheiros • Possuir acessibilidade, ao menos parcial* • Possuir pelo menos 2 computadores conectados à internet

Nível 3	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir Recepção • Possuir, no mínimo, 2 salas de atendimento • Possuir, pelo menos, 1 banheiro • Possuir acessibilidade, ao menos parcial* 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir Recepção • Possuir, no mínimo, 3 salas de atendimento, sendo pelo menos 1 com capacidade para 15 ou mais pessoas • Possuir, pelo menos, 1 banheiro • Possuir acessibilidade, ao menos parcial*
Nível 2	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo, 2 salas de atendimento • Possuir, pelo menos, 1 banheiro 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo, 3 salas de atendimento • Possuir, pelo menos, 1 banheiro
Nível 1	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir menos de 2 salas de atendimento <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não possuir Banheiro <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prédio compartilhado com ONG, ou compartilhamento de todas as salas de atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir menos de 3 salas de atendimento <p>• OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não possuir Banheiro <p>• OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prédio compartilhado com ONG, ou compartilhamento de todas as salas de atendimento
<p>* Acessibilidade: 1) Acessibilidade total: acesso principal adaptado com rampa, rota acessível aos espaços internos do CRAS, inclusive ao banheiro e banheiro adaptado; 2) Acessibilidade parcial: rota acessível aos espaços internos do CRAS, inclusive ao banheiro.</p>		

Fonte: Norma Técnica nº 27/2015-DGSUAS/SNAS/MDS (BRASIL, 2015a, p. 05).

No que tange aos recursos humanos, esta dimensão busca classificar os níveis de profissionalização das equipes dos CRAS, buscando avaliar a adequação da equipe à necessidade e ao porte do equipamento público de assistência social básica parametrizada pela Norma Operacional Básica – Recursos Humanos (NOB-RH), considerando a quantidade de profissionais com nível superior, nível médio, existência de equipe volante (EV) e outros critérios, conforme demonstra o Quadro nº 22.

Quadro nº 22 - Dimensão Recursos Humanos

	Famílias referenciadas (2.500 famílias)	Famílias referenciadas (3.500 famílias)	Famílias referenciadas (5.000 famílias)
Nível 5	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 5 (9, se EV) profissionais, sendo, pelo menos 3 (5, se EV) com nível superior*. • Possuir, no mínimo, 1 Assistente Social (2, se EV) e 1 Psicólogo. • Possuir, no mínimo, 1 profissional de nível superior com vínculo estatutário ou empregado público celetista. • Possuir Coordenador com nível superior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 7 (11, se EV) profissionais, sendo, pelo menos 4 (6, se EV) com nível superior*. • Possuir, no mínimo, 2 Assistentes Sociais (3, se EV) e 1 Psicólogo. • Possuir, no mínimo, 1 profissional de nível superior com vínculo estatutário ou empregado público celetista. • Possuir Coordenador com nível superior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 9 (13, se EV) profissionais, sendo, pelo menos 5 (7, se EV) com nível superior*. • Possuir, no mínimo, 2 Assistentes Sociais (3, se EV) e 1 Psicólogo. • Possuir, no mínimo, 2 profissionais de nível superior com vínculo estatutário ou empregado público celetista. • Possuir Coordenador com nível superior.

Nível 4	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 4 (7, se EV) profissionais, sendo, pelo menos 3 (5, se EV) com nível superior*. • Possuir, no mínimo, 1 Assistente Social (2, se EV). • Possuir Coordenador com nível superior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 6 (9, se EV) profissionais, sendo, pelo menos 4 (6, se EV) com nível superior*. • Possuir, no mínimo, 2 Assistentes Sociais (3, se EV). • Possuir Coordenador com nível superior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 7 (10, se EV) profissionais, sendo, pelo menos 5 (7, se EV) com nível superior*. • Possuir, no mínimo, 2 Assistentes Sociais (3, se EV) e 1 Psicólogo. • Possuir Coordenador com nível superior.
Nível 3	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 4 (6, se EV) profissionais, sendo, pelo menos 2 (4, se EV) com nível superior*. • Possuir, no mínimo, 1 Assistente Social (2, se EV). 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 6 (8, se EV) profissionais, sendo, pelo menos 3 (4, se EV) com nível superior*. • Possuir, no mínimo, 2 Assistentes Sociais (3, se EV). 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 7 (9, se EV) profissionais, sendo, pelo menos 4 (6, se EV) com nível superior*. • Possuir, no mínimo, 2 Assistentes Sociais (3, se EV).
Nível 2	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 3 profissionais, sendo, pelo menos 2 com nível superior*. • Possuir, pelo menos, 1 Assistente Social OU 1 Psicólogo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 5 profissionais, sendo, pelo menos 2 com nível superior*. • Possuir, pelo menos, 1 Assistente Social OU 1 Psicólogo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir, no mínimo 6 profissionais, sendo, pelo menos 3 com nível superior*. • Possuir, pelo menos, 1 Assistente Social OU 1 Psicólogo.
Nível 1	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir menos de 3 profissionais OU • Não possuir Assistente Social nem Psicólogo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir menos de 5 profissionais OU • Não possuir Assistente Social nem Psicólogo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir menos de 6 profissionais ao todo, ou menos de 3 com nível superior OU • Não possuir Assistente Social nem Psicólogo.
<p>* Não são contados trabalhadores de nível fundamental, visto que estes não compõem a Equipe de Referência definida na NOB-RH.</p>			

Fonte: Norma Técnica nº 27/2015-DGSUAS/SNAS/MDS (BRASIL, 2015a, p. 06).

A última dimensão considerada refere-se aos “serviços e benefícios” de forma a avaliar quais atividades no âmbito do PAIF são realizadas nas unidades dos CRAS, englobando Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), o processo atualização cadastral do CadÚnico, além das articulações e interatividade com outras políticas de proteção social básica e especial, educação, saúde e trabalho, como explicado no Quadro nº 23:

Quadro nº 23: Dimensão Serviços & Benefícios

	Municípios de Pequeno Porte I	Municípios de Pequeno Porte II e Médio Porte	Municípios de Grande Porte e Metrôpoles
Nível 5	<ul style="list-style-type: none"> Quantidade média de famílias em acompanhamento no mês, dividida pela equipe técnica (Assistentes Sociais e Psicólogos), não deve ser inferior a 20 nem superior a 100. Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas ou eventos comunitários; orientação/acompanhamento para inserção no BPC; acompanhamento dos encaminhamentos realizados.</i> Possui profissionais de Serviço Social e/ou de Psicologia. Possui oferta de Serviço de Convivência, para no mínimo três ciclos de vida (<i>oferta direta do CRAS ou por meio de unidades a ele referenciadas</i>). Realiza no próprio CRAS o cadastramento / atualização cadastral do CadÚnico, sem utilizar para isso os profissionais de nível superior do PAIF. Possui forte articulação* com os Serviços de Educação e Saúde no território. Funcionar, no mínimo, 5 dias por semana e 40hrs semanais. 	<ul style="list-style-type: none"> Quantidade média de famílias em acompanhamento no mês, dividida pela equipe técnica (Assistentes Sociais e Psicólogos) não deve ser inferior a 20 nem superior a 100. Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas ou eventos comunitários; orientação/acompanhamento para inserção no BPC; acompanhamento dos encaminhamentos realizados.</i> Possui profissionais de Serviço Social e de Psicologia. Possui oferta de Serviço de Convivência, para no mínimo três ciclos de vida (<i>oferta direta do CRAS ou por meio de unidades a ele referenciadas</i>). Realiza no próprio CRAS cadastramento / atualização cadastral do CadÚnico, sem utilizar para isso os profissionais de nível superior do PAIF. Possui forte articulação* com o(s) CREAS e com os Serviços de Educação e Saúde no território. Funcionar, no mínimo, 5 dias por semana e 40hrs semanais. 	<ul style="list-style-type: none"> Quantidade média de famílias em acompanhamento no mês, dividida pela equipe técnica (Assistentes Sociais e Psicólogos) não deve ser inferior a 20 nem superior a 100. Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas ou eventos comunitários; orientação/acompanhamento para inserção no BPC; acompanhamento dos encaminhamentos realizados.</i> Possui profissionais de Serviço Social e de Psicologia. Possui oferta de Serviço de Convivência, para no mínimo três ciclos de vida (<i>oferta direta do CRAS ou por meio de unidades a ele referenciadas</i>). Realiza no próprio CRAS cadastramento / atualização cadastral do CadÚnico, sem utilizar para isso os profissionais de nível superior do PAIF. Possui forte articulação* com o(s) CREAS e com os Serviços de Educação e Saúde no território. Funcionar, no mínimo, 5 dias por semana e 40hrs semanais.

Nível 4	<ul style="list-style-type: none"> • Quantidade média de famílias em acompanhamento no mês, dividida pela equipe técnica (Assistentes Sociais e Psicólogos) não deve ser inferior a 20 nem superior a 100. • Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas ou eventos comunitários; orientação / acompanhamento para inserção no BPC; acompanhamento dos encaminhamentos realizados.</i> • Possui oferta de Serviço de Convivência, para no mínimo dois ciclos de vida (<i>oferta direta do CRAS ou por meio de unidades a ele referenciadas</i>). • Possui forte articulação* com os Serviços de Educação e Saúde no território. • Funcionar, no mínimo, 5 dias por semana e 40hrs semanais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantidade média de famílias em acompanhamento no mês, dividida pela equipe técnica (Assistentes Sociais e Psicólogos) não deve ser inferior a 20 nem superior a 100. • Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas ou eventos comunitários; orientação / acompanhamento para inserção no BPC; acompanhamento dos encaminhamentos realizados.</i> • Possui oferta de Serviço de Convivência, para no mínimo dois ciclos de vida (<i>oferta direta do CRAS ou por meio de unidades a ele referenciadas</i>). • Possui forte articulação* com o(s) CREAS e com os Serviços de Educação e Saúde no território. • Funcionar, no mínimo, 5 dias por semana e 40hrs semanais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantidade média de famílias em acompanhamento no mês, dividida pela equipe técnica (Assistentes Sociais e Psicólogos) não deve ser inferior a 20 nem superior a 100. • Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas ou eventos comunitários; orientação / acompanhamento para inserção no BPC; acompanhamento dos encaminhamentos realizados.</i> • Possui oferta de Serviço de Convivência, para no mínimo dois ciclos de vida (<i>oferta direta do CRAS ou por meio de unidades a ele referenciadas</i>). • Possui forte articulação* com o(s) CREAS e com os Serviços de Educação e Saúde no território. • Funcionar, no mínimo, 5 dias por semana e 40hrs semanais.
Nível 3	<ul style="list-style-type: none"> • Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; orientação/acompanhamento para inserção no BPC.</i> • Possui oferta de Serviço de Convivência, pelo menos para um ciclo de vida (<i>oferta direta do CRAS ou por meio de unidades a ele referenciadas</i>). • Possui forte articulação* com os Serviços de Educação e Saúde no território. 	<ul style="list-style-type: none"> • Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; orientação/acompanhamento para inserção no BPC.</i> • Possui oferta de Serviço de Convivência, pelo menos para um ciclo de vida (<i>oferta direta do CRAS ou por meio de unidades a ele referenciadas</i>). • Possui forte articulação* com o(s) CREAS e com os Serviços de Educação e Saúde no território. 	<ul style="list-style-type: none"> • Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; orientação/acompanhamento para inserção no BPC.</i> • Possui oferta de Serviço de Convivência, pelo menos para um ciclo de vida (<i>oferta direta do CRAS ou por meio de unidades a ele referenciadas</i>). • Possui forte articulação* com o(s) CREAS e com os Serviços de Educação e Saúde no território.
Nível 2	<ul style="list-style-type: none"> • Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; orientação.</i> • Possui forte articulação* com, pelo menos um dos seguintes Serviços: Serviços de Educação; Serviços de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; orientação.</i> • Possui forte articulação* com, pelo menos um dos seguintes Serviços abaixo: Serviços de Educação; Serviços de Saúde; CREAS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: <i>acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; orientação.</i> • Possui forte articulação* com, pelo menos um dos seguintes Serviços abaixo: Serviços de Educação; Serviços de Saúde; CREAS.

Nível I	<ul style="list-style-type: none"> • Não realiza alguma(s) das seguintes atividades essenciais do PAIF: <i>acompanhamento de famílias; e/ou grupo/oficina com famílias; e/ou visitas domiciliares; e/ou orientação;</i> OU	<ul style="list-style-type: none"> • Não realiza alguma(s) das seguintes atividades essenciais do PAIF: <i>acompanhamento de famílias; e/ou grupo/oficina com famílias; e/ou visitas domiciliares; e/ou orientação;</i> OU	<ul style="list-style-type: none"> • Não realiza alguma(s) das seguintes atividades essenciais do PAIF: <i>acompanhamento de famílias; e/ou grupo/oficina com famílias; e/ou visitas domiciliares; e/ou orientação;</i> OU
	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação frágil ou inexistente com os Serviços de Educação e com os Serviços de Saúde; OU	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação frágil ou inexistente com os Serviços de Educação, com os Serviços de Saúde e com os CREAS; OU	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação frágil ou inexistente com os Serviços de Educação, com os Serviços de Saúde e com os CREAS; OU
<ul style="list-style-type: none"> • Não possui profissionais de Serviço Social nem de Psicologia. 			
<p>* Considera-se “forte articulação” as situações em que o CRAS consegue realizar reuniões periódicas, ou realizar estudos de caso em conjunto, ou ainda, desenvolver atividades em parceria com outros Serviços/Unidades no território.</p>			

Fonte: Norma Técnica nº 27/2015-DGSUAS/SNAS/MDS (BRASIL, 2015a, p. 08).

O IDCRAS final é calculado através da simples média aritmética, somando-se todos os níveis alcançados pelo CRAS em cada dimensão e dividindo-se seu resultado por 3 (três).

Após a apresentação do modelo do cálculo utilizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social para mensurar a capacidade e o nível de atendimento dos equipamentos de proteção social básica (os CRAS), se demonstra a seguir os IDCRAS disponibilizados no portal do MDS para os CRAS do município de Teresina nos anos de 2014 a 2017, conforme Tabela nº 17:

Tabela nº 17: IDCRAS (2014 a 2017)

Cód. de identificação dos CRAS no CadÚnico/SUAS	Nome do CRAS	2014	2015	2016	2017	Média por CRAS
22110002386	CRAS LESTE I	4,67	5,00	5,00	4,33	4,75
22110020375	CRAS SUDESTE III	4,00	4,00	4,33	4,67	4,25
22110002329	CRAS NORTE II	3,67	4,33	4,33	4,33	4,17
22110002384	CRAS SUL II	3,67	4,33	4,33	4,33	4,17
22110020372	CRAS SUDESTE II	3,67	4,67	3,33	4,67	4,09
22110020382	CRAS SUL III	3,67	4,00	4,00	4,00	3,92
22110002381	CRAS NORTE I	4,00	4,00	4,00	2,33	3,58
22110020369	CRAS NORTE III	4,00	4,00	3,33	3,00	3,58
22110020377	CRAS SUDESTE IV	3,67	3,67	3,67	3,33	3,59
22110020356	CRAS LESTE IV	3,00	3,33	3,33	3,33	3,25
22110002357	CRAS SUL I	3,33	2,67	3,00	3,33	3,08
22110002369	CRAS LESTE II	3,00	3,00	2,67	3,33	3,00
22110002326	CRAS SUDESTE I	3,33	3,00	2,67	3,00	3,00
22110020353	CRAS LESTE III	3,00	3,00	2,33	3,33	2,92
22110020385	CRAS SUL IV	2,67	3,00	3,00	3,00	2,92
22110038292	CRAS SUL V		3,00	3,00	2,33	2,78
22110020361	CRAS NORTE IV	2,33	2,00	2,67	3,67	2,67

Continua...

Continuação da tabela nº 17: IDCRAS (2014 a 2017)

22110020364	CRAS LESTE V	2,00	3,33	2,33	2,67	2,58
22110038290	CRAS NORTE V		1,67	2,00	2,00	1,89
Média anual		3,39	3,47	3,33	3,42	3,38

Fonte: IDCRAS – anos 2014 a 2017. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index5.php>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

O CRAS Leste I foi o que obteve a maior média de IDCRAS (4,75), chegando bem próximo à pontuação máxima (5,0), enquanto que o segundo colocado foi o CRAS Sudeste III com pontuação média de IDCRAS igual a 4,25. Tal resultado indica que, conforme indicadores estabelecidos pelo MDS, estes dois Centros de Referência em Assistência Social Básica são os que obtiveram melhores índices de desenvolvimento em oferta de serviços comparativamente aos outros CRAS.

4.2.4 Análise das variações da distribuição de renda dos idosos e suas famílias pelo Índice de Gini nos anos 2015 e 2017

São vários os indicadores utilizados em Ciências Sociais para análise, interpretação e estimativa para o contexto social, envolvendo desde o diagnóstico de problemas até às análises dos resultados de políticas públicas.

Dentre estas várias alternativas destaca-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é um dos mais utilizados para medir comparativamente os níveis de desenvolvimento de regiões ou países distintos. Este indicador é calculado com base na ponderação de três dimensões básicas, a saber: renda, educação e saúde.

No Brasil, que tem um modelo federativo peculiar, com a instituição dos municípios, a Fundação João Pinheiro juntamente com o IPEA criaram o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), assim como o Índice de Condições de Vida Municipal (ICV) que abrange as dimensões: renda, educação, habitação, infância e longevidade.

O Índice de Gini é um indicador recorrente nas análises sobre desenvolvimento que se enquadra na observação e na análise das variações dos níveis de pobreza e de concentração de renda entre os grupos, especialmente nas investigações sobre a distribuição da renda, referindo-se à verificação da desigualdade na distribuição de modo que se possa interpretar quais os efeitos e fatores determinantes da distribuição das rendas estudadas.

Neste sentido, o Índice de Gini têm se apresentado como uma das principais ferramentas de estudo. É uma medida de desigualdade criada por Conrado Gini, estatístico italiano que publicou um estudo em 1992, no documento denominado: “*Variabilità e Mutabilità*”.

Ao ser calculado, seus resultados podem apresentar-se em valores entre 0 (zero) e 1 (um), sendo que o valor 0 (zero) indica completa igualdade, enquanto que o valor 1 (um) significa seu extremo, ou seja, completa desigualdade na distribuição da renda (onde uma pessoa tem toda a renda, e as demais nada detêm).

O cálculo do índice de Gini ocorre com a construção da Curva de Lorenz, a qual demonstra como a proporção acumulada de renda (φ) varia em função da proporção acumulada da população (ρ), organizados os indivíduos da população em ordem crescente da renda. Na figura nº 09, a linha que corta diagonalmente o quadro de forma que qualquer ponto nesta reta corresponda a um valor idêntico no eixo das abcissas e das ordenadas, equivale à perfeita distribuição. Como explica Matos (2005, p. 14):

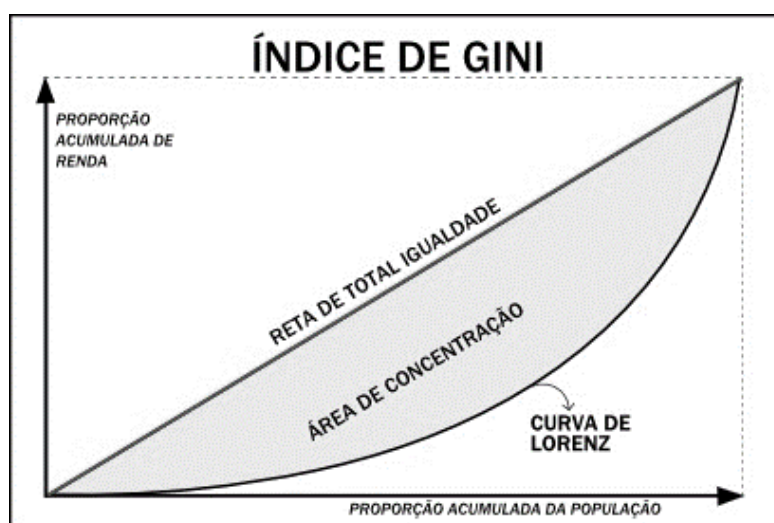
A Curva de Lorenz é um gráfico de frequência relativa acumulada que compara a distribuição empírica de uma variável com a distribuição máxima igualitária. Quanto mais próxima for a curva de frequência relativa acumulada da reta que representa a distribuição igualitária, menor será o Índice de Gini, ao passo que, quanto maior for a discrepância entre a curva e a reta, maior será o coeficiente de Gini, e, portanto, maior será a concentração de renda.

Assim, o Índice de Gini é uma relação existente entre a área da desigualdade representada na figura nº 9 por (α) e a área do triângulo, sendo:

$$G = \frac{\alpha}{0,5} = 2\beta \quad (\text{III})$$

É então possível perceber que a perfeita igualdade implica que a área de 45° seja a própria curva de Lorenz e no caso de máxima desigualdade (pelo menos um $X_i > 0$) a Curva de Lorenz está sobreposta ao eixo horizontal até o último elemento que tem renda positiva. Assim os limites do Índice de Gini são $0 \leq G \leq 1$.

Figura nº 9: Curva de Lorenz



Fonte: Pena (2019).

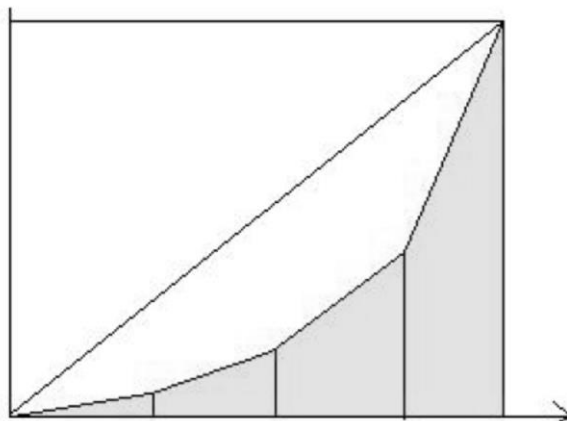
Assim, a área hachurada em cinza (chamada de β) é considerada a área de concentração, e quanto maior for a concentração, maior será esta área. Ou seja, caso não houvesse concentração, haveria uma perfeita igualdade na distribuição, o que indicaria uma reta de exatamente 45 graus, e conseqüentemente a área de concentração seria igual a zero, indicando que cada percentual de renda estaria distribuída por igual em cada percentual da população. De forma contrária, caso a renda estivesse concentrada única e exclusivamente na mão de um único indivíduo da população, a área de concentração seria determinada por toda a dimensão do triângulo formado abaixo da linha perfeita de igualdade da distribuição de renda.

Por essa ótica, o cálculo do coeficiente de Gini pode ser realizado pela divisão da área de concentração pela área de perfeita igualdade, como segue:

$$G = \text{Área de concentração} / \text{Área de perfeita igualdade}.$$

Desta maneira, supondo-se uma população com faixas de renda divididas em quatro classes, a área de concentração de renda para cada classe seria representada por formas de trapézios, como demonstrado na figura nº 10:

Figura nº 10: Curva de Lorenz representada por trapézios



Fonte: Nishi (2010, p. 05).

Descobrendo-se os valores de cada trapézio hachurado, subtrai-se o somatório da área de perfeita desigualdade para determinar a área de concentração. É importante observar que se aumentar-se cada vez mais o número de classes, torna-se o coeficiente mais fidedigno à realidade empírica, fazendo com que a curva seja mais suave.

Logo o coeficiente de Gini pode ser melhor definido pela fórmula:

$$G = \frac{\frac{1}{2} - \sum_{i=1}^n T_i}{\frac{1}{2}} \quad (\text{IV})$$

Sendo:

G = coeficiente de Gini

T_i = área do i-ésimo trapézio.

As áreas dos trapézios individualmente podem ser calculadas pelo uso da fórmula:

$$T = \frac{(Y_i + Y_{i-1})(X_i + X_{i-1})}{2} \quad (\text{V})$$

O que, ao se fazer a substituição na fórmula do Coeficiente de Gini, tem-se:

$$G = \frac{\frac{1}{2} - \sum_{i=1}^n (Y_i + Y_{i-1})(X_i + X_{i-1})/2}{\frac{1}{2}} \quad (\text{VI})$$

Ou ainda, mais resumidamente:

$$G = 1 - \sum_{i=1}^n (Y_i + Y_{i-1})(X_i + X_{i-1}) \quad (\text{VII})$$

É praxe acadêmica a análise da distribuição ou concentração de renda, a classificação da população ou amostra da pesquisa em classes ou níveis estratificados, justamente pela grande quantidade de indivíduos. Sendo assim, uma das formas mais comuns é a estratificação em *decis* (contendo cada grupo 10% das unidades observadas).

Segundo Matos (2005, p. 17), outra importante forma de se estudar as diferenciações nas distribuições de renda, é analisar fatores que estão propriamente ligadas aos indivíduos, características pessoais, como sexo e idade, assim como atributos adquiridos como escolaridade, local de moradia e outros.

Para isto, é necessário realizar a decomposição do Índice de Gini de uma população proporcionada pela criação de grupos separados (HOFFMANN, 1998 apud MATOS, 2005, p. 17). Sendo k , o número de grupos distintos, nos quais cada unidade observada será elemento de apenas um grupo, o Índice de Gini pode ser decomposto por meio da seguinte fórmula:

$$G = G_e + \sum_{h=1}^k \pi_h y_h G_h + G_s \quad (\text{VIII})$$

Onde:

G_e é o Índice de Gini entre os k grupos;

π_h é a proporção de unidades no grupo h ;

y_h é a proporção de renda recebida pelo grupo h ;

G_h é o Índice de Gini interno do grupo h ;

G_s é o Índice de Gini associado à superposição dos grupos.

Para melhor esclarecimento apresenta-se um exemplo prático proposto por Matos (2005, p. 17 a 18):

Supondo-se que uma população seja dividida em três grupos (A, B, C) segundo determinado critério, se não houver desigualdade dentro de cada grupo, ou seja, se cada indivíduo do Grupo A receber igual ao valor médio do seu grupo e isso ocorrer também para os Grupos B e C, então $G_h = 0$ para todo h . Por outro lado, se cada grupo apresentar médias iguais às dos demais grupos, ou seja, se a média de cada grupo for

igual à média global, não haverá desigualdade entre os grupos, e, então, $G_e = 0$. Por sua vez, $G_s = 0$ somente ocorrerá quando não houver superposição de valores entre os grupos, ou seja, se cada indivíduo do Grupo A ganhar mais ou igual a qualquer indivíduo do Grupo B, que, por conseguinte, ganhará mais ou igual a qualquer indivíduo do Grupo C.

Seguindo-se com a ilustração de Matos (2005), observa-se a tabela nº 18:

Tabela nº 18 - Exemplos de distribuições de renda e valores dos componentes observados

EXEMPLO 1	EXEMPLO 2	EXEMPLO 3	EXEMPLO 4
Grupo A: 1; 19 Grupo B: 1; 19 Grupo C: 1; 19	Grupo A: 3; 3 Grupo B: 5; 5 Grupo C: 8; 8	Grupo A: 2; 4 Grupo B: 4; 6 Grupo C: 6; 10	Grupo A: 1; 5 Grupo B: 3; 7 Grupo C: 5; 11
$G_e = 0$	$G_s = 0$	$G_e = 0,2083$	$G_e = 0,2083$
$G_h = G = 0,45$ para todo h	$G_h = 0$ para todo h	$G_A = 0,167$ $G_B = 0,100$ $G_C = 0,125$	$G_A = 0,333$ $G_B = 0,200$ $G_C = 0,1875$
$\pi_A = \pi_B = \pi_C = 1/3$	$\pi_A = \pi_B = \pi_C = 1/3$	$\pi_A = \pi_B = \pi_C = 1/3$	$\pi_A = \pi_B = \pi_C = 1/3$
$y_A = y_B = y_C = 1/3$	$y_A = 6/32;$ $y_B = 10/32;$ $y_C = 16/32.$	$y_A = 6/32;$ $y_B = 10/32;$ $y_C = 16/32.$	$y_A = 6/32;$ $y_B = 10/32;$ $y_C = 16/32.$
$\sum_h \pi_h y_h G_h = 0,15$	$\sum_h \pi_h y_h G_h = 0$	$\sum_h \pi_h y_h G_h = 0,0417$	$\sum_h \pi_h y_h G_h = 0,073$
$G_s = 0,30$	$G_e = G = 0,2083$	$G = 0,25;$ portanto, $G_s = 0$	$G = 0,3229;$ portanto, $G_s = 0,0416$

Fonte: Matos (2005, p.17)

No exemplo 1, o Grupo A é formado por um indivíduo que recebe uma unidade monetária e por outro que recebe 19 unidades monetárias, e o mesmo acontece nos Grupos B e C. Portanto, não existe desigualdade entre os grupos, a distribuição dentro de cada um é igual à distribuição da população total, e a componente que mais contribui para o Índice de Gini total é a que se refere à superposição dos grupos. No exemplo 2, o Grupo A é formado por dois indivíduos que recebem três unidades monetárias cada; o Grupo B é formado por dois indivíduos que recebem cinco unidades cada; e, por fim, o Grupo C é formado por duas pessoas que recebem oito unidades monetárias. Dessa forma, não existem desigualdades dentro de cada grupo, não há superposição de valores entre os grupos, então, o Índice de Gini total é resultante somente da desigualdade entre os grupos. No exemplo 3, o Índice de Gini total é maior do que o do exemplo 2, porém o Índice de Gini entre os grupos continua igual, uma vez que a quantidade recebida por grupo permanece constante. Não há superposição dos valores entre os grupos, logo, o Índice de Gini entre os grupos representa mais de 83% do Índice de Gini total. No exemplo 4, o mais próximo da realidade, onde existe desigualdade entre os grupos, cada um apresenta um nível de desigualdade diferente, e há superposição de valores entre os grupos (MATOS, 2005, p. 17 a 19).

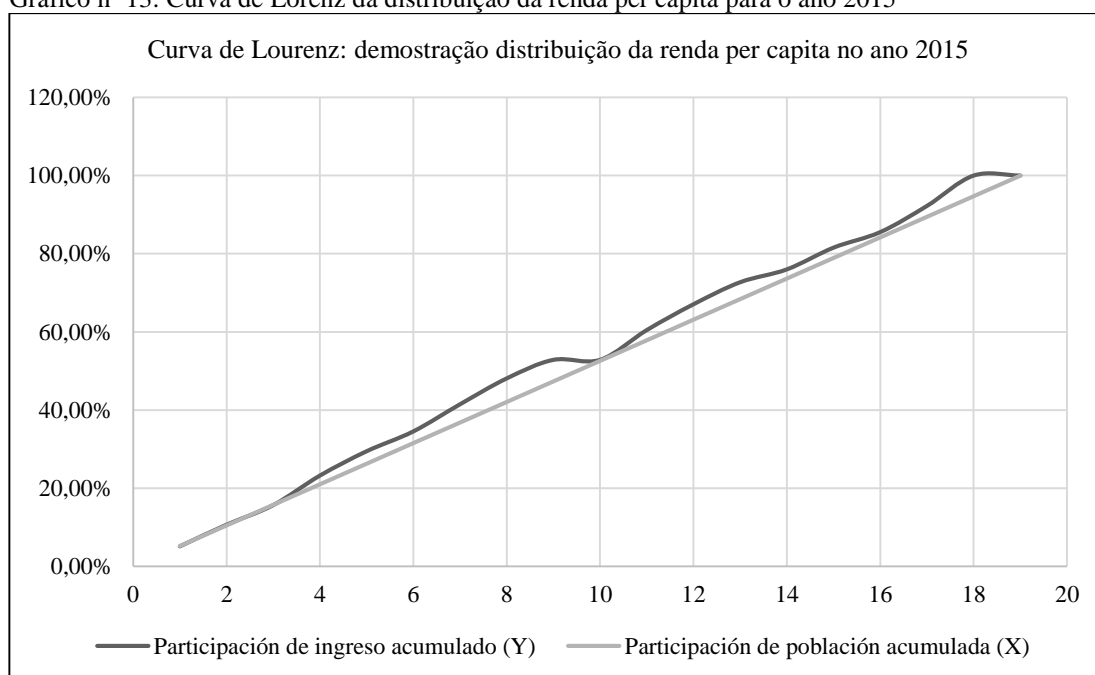
Feitas as considerações básicas acerca do Índice de Gini e a respectiva decomposição, passa-se à construção matemática com base nos dados dos idosos, conforme disposição nos micro dados do CadÚnico SUAS, coletados das edições dos anos 2015 e 2017, para comparação relativa entre os graus de concentração de renda, analisando as influências das variáveis sexo, idade, escolarização e CRAS nos quais os idosos constam registrados, de forma a observar sua evolução no período estudado, assim como possibilitar uma análise da relação entre os Coeficientes de Gini e os IDSR encontrados.

Inicialmente, numa abordagem mais ampla, calculou-se os índices de Gini com dados sobre os valores da renda *per capita* extraída da base de dados “família” do CadÚnico para os dois anos da análise, dos quais se obteve os valores de 0,052 para o ano de 2015 e 0,0040 para o ano de 2017, indicando claramente que a distribuição da apropriação de renda familiar *per capita* é muito próxima da linha de igualdade perfeita, dadas as condições de baixos rendimentos familiares, que ficam representados em valores médios de R\$ 133,85 (cento e trinta e três e oitenta e cinco centavos) no ano 2015 e de R\$ 168,02 (cento e sessenta e oito reais e dois centavos) no ano 2017, demonstrando assim a condição de vulnerabilidade social em relação ao poder aquisitivo, com rendimentos que os classificam numa situação de enquadramento em vários conceitos de pobreza (IBGE, 2011, p. 70):

O Programa Bolsa Família, por exemplo, considera extremamente pobres as famílias com renda domiciliar per capita de até R\$ 70,00 e pobres aquelas com até R\$ 140,00. O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC-LOAS beneficia idosos e deficientes com rendimento domiciliar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo. O Plano Brasil Sem Miséria, recentemente lançado, combina a linha de R\$ 70,00 de rendimento domiciliar per capita com outras dimensões de pobreza, como falta de saneamento básico, na identificação de seu público-alvo. O valor de $\frac{1}{2}$ salário mínimo per capita, por sua vez, é o valor referencial de inclusão de famílias no Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal, sistema que cadastra famílias potencialmente beneficiárias desses programas (IBGE, 2011, p. 70).

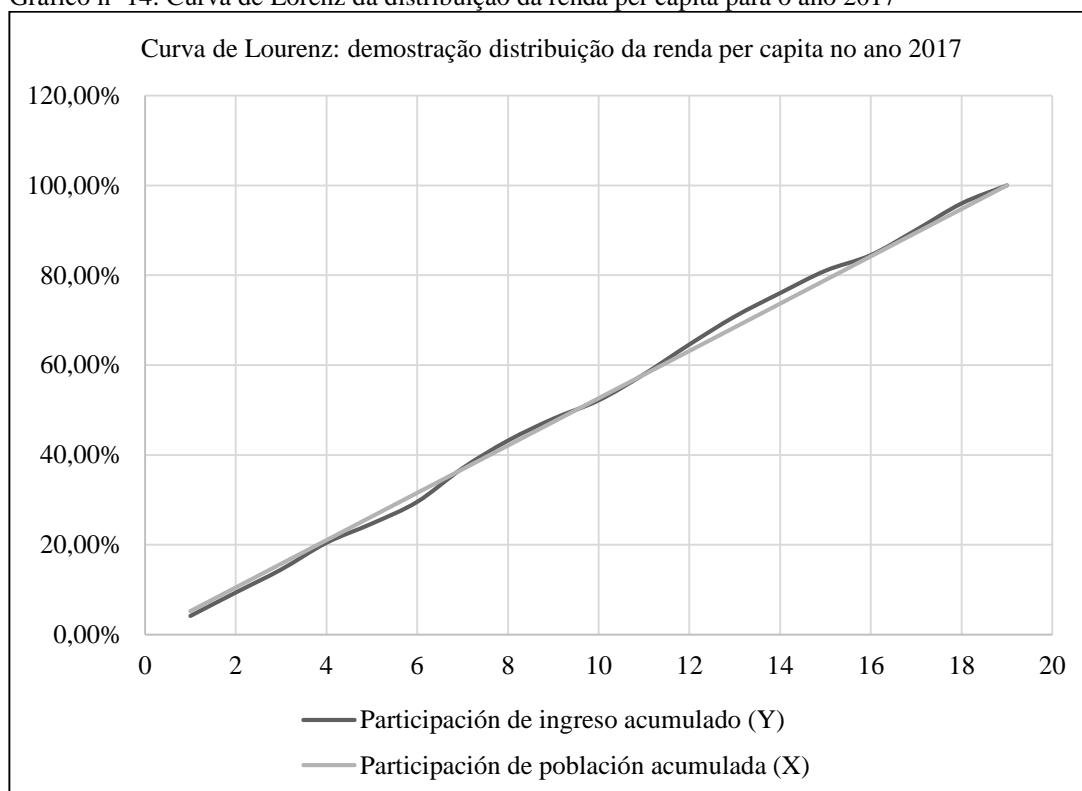
Assim, resta demonstrada a residual curva de Lorenz para melhor visualização da distribuição dos rendimentos das famílias do estudo em análise nos gráficos nº 13 e 14:

Gráfico nº 13: Curva de Lorenz da distribuição da renda per capita para o ano 2015



Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa (CadÚnico 2015).

Gráfico nº 14: Curva de Lorenz da distribuição da renda per capita para o ano 2017



Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa (CadÚnico 2017).

Observando-se o Coeficiente de Gini calculado com as rendas individuais para os anos 2015 e 2017 para o conjunto de dados de todos os idosos constantes no arquivo de micro dados do CadÚnico-SUAS, incluindo inclusive aqueles sem identificação de CRAS, obteve-se os coeficientes 0,433357 para o ano de 2015 e 0,4058 para o ano de 2017. Desta forma, observa-se uma pequena melhora na distribuição de renda no período de 2015 a 2017.

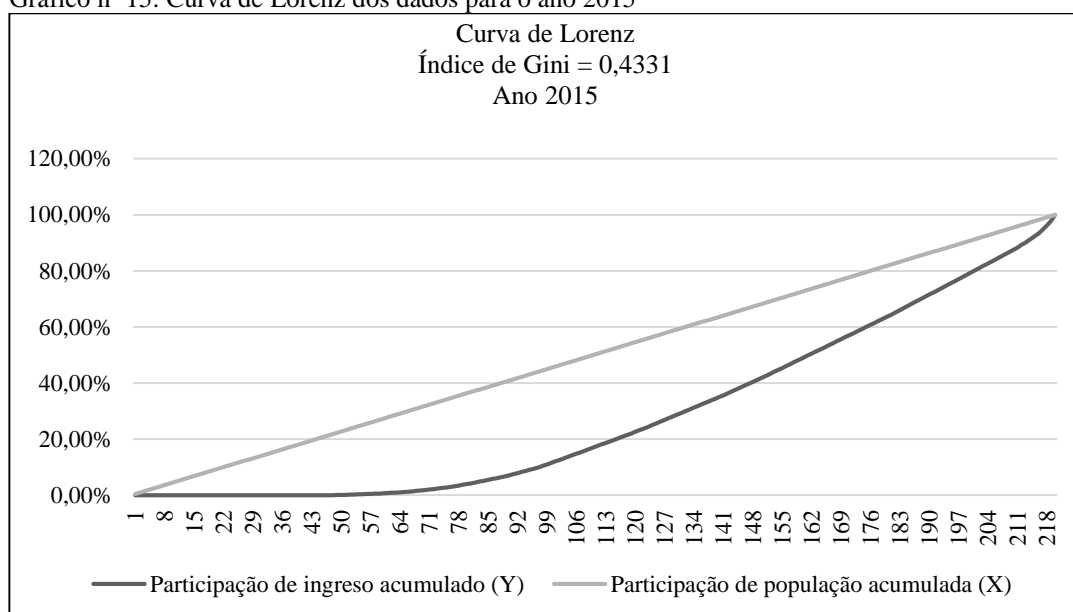
Porém, é importante frisar que muitos dos idosos cadastrados em ambos os anos possuem renda praticamente nula. A exemplo, em 2015 têm-se que 55 (cinquenta e cinco) idosos, o equivalente a 25% (vinte e cinco por cento) do total, apropriam-se somente de 0,3639% da renda, ou seja, possuem uma renda praticamente zerada. Aos 50% (cinquenta por cento) do total de idosos, há a apropriação de 17% (dezessete por cento) da renda, ao ponto que aos 75% (setenta e cinco por cento) da população idosa analisada tem apropriação de 53% (cinquenta e três por cento da renda), e os últimos 25% (vinte e cinco por cento) dos idosos somam a apropriação de praticamente metade da renda, ou seja, 47% (quarenta e sete por cento).

Para o ano 2017, não é tão diferente, 56 (cinquenta e seis) idosos, o equivalente a 22,58% (vinte e dois vírgula cinquenta e oito por cento) do grupo, não possuem rendimentos. Os próximos 27,42% (vinte e sete vírgula quarenta e dois por cento), o equivalente a 68 idosos, apropriam-se de 18,47% (dezoito vírgula quarenta e sete por cento) da renda, ou seja, somando-

se os 22,42% com os 27,42% (50% da população idosa estudada), apropriam-se de apenas 18,47% (dezoito vírgula quarenta e sete por cento) dos rendimentos. Aos 71,77% (setenta e um vírgula setenta e sete por cento) dos idosos há apropriação de aproximadamente metade dos rendimentos (50,18%), ficando a outra metade (os demais 49,82%) da renda apropriada por apenas 28,23% (vinte e oito vírgula vinte e três por cento) dos idosos analisados.

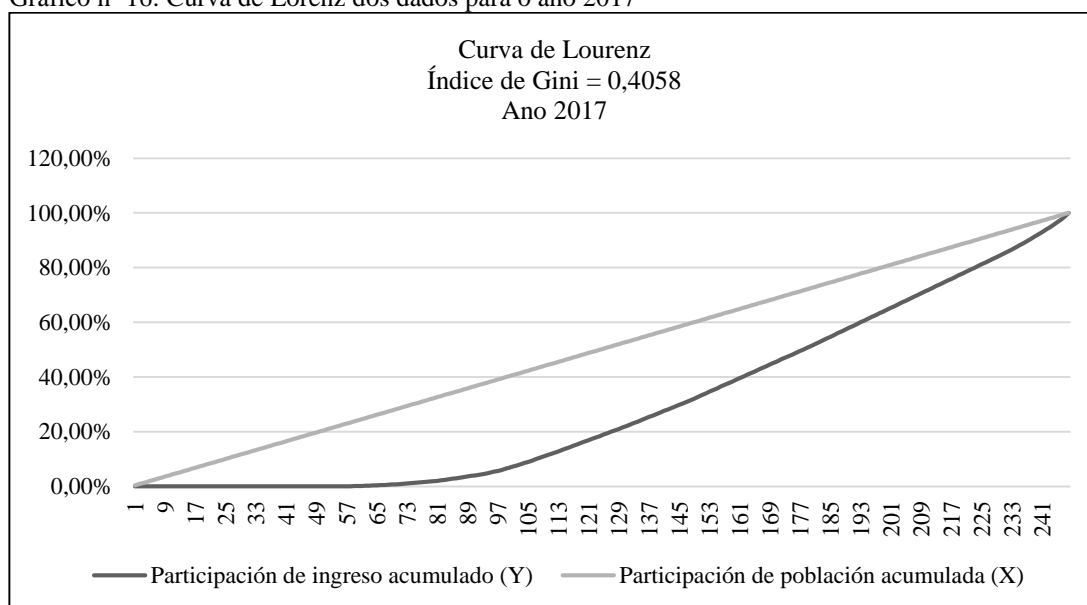
A Curva de Lorenz para ambos os anos se apresentam semelhantes, apesar da ligeira suavização que pode ser observada nas curvas apresentadas nos gráficos nº 15 e 16.

Gráfico nº 15: Curva de Lorenz dos dados para o ano 2015



Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa (CadÚnico 2015).

Gráfico nº 16: Curva de Lorenz dos dados para o ano 2017



Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa (CadÚnico 2017).

Na tabela nº 19, encontram-se representados os coeficientes de Gini para os anos 2015 e 2017 por CRAS, assim como o registro do IDSR médio, a fim de que se possa proceder à análise inicial da relação entre esses índices.

Tabela nº 19: Índice de Gini para a renda dos idosos por CRAS e IDSR médio para os anos 2015 e 2017

Nome do CRAS	Ano 2015			Ano 2017			Variações de 2015 a 2017	
	Índice de Gini	Nº de idosos	IDSR médio	Índice de Gini	Nº de idosos	IDSR médio	Δ Gini	Δ IDSR médio
CRAS LESTE I	0,4125	8	0,5719	0,2478	13	0,6332	-0,1647	0,0613
CRAS LESTE II	0,6358	9	0,6142	0,4165	22	0,6048	-0,2193	-0,0094
CRAS LESTE III	0,2486	4	0,4117	0,3576	12	0,6266	0,109	0,2149
CRAS LESTE IV	0,00	1	0,3531	0,2947	4	0,7063	0,2947	0,3532
CRAS LESTE V	0,0191	3	0,5396	0,4093	5	0,4281	0,3902	-0,1115
CRAS NORTE I	0,5511	10	0,6159	0,3517	8	0,6293	-0,1994	0,0134
CRAS NORTE II	0,3011	11	0,6068	0,3140	22	0,6980	0,0129	0,0912
CRAS NORTE III	0,4759	18	0,6238	0,5447	26	0,6915	0,0688	0,0677
CRAS NORTE IV	0,3786	2	0,3906	0,1406	7	0,4978	-0,238	0,1072
CRAS NORTE V	---	---	---	0,6675	6	0,5635	0,6675	0,5635
CRAS SUDESTE I	0,6192	12	0,6333	0,4181	7	0,6772	-0,2011	0,0439
CRAS SUDESTE II	0,5426	12	0,5906	0,3350	14	0,7254	-0,2076	0,1348
CRAS SUDESTE III	0,3564	8	0,6195	0,3957	19	0,6158	0,0393	-0,0037
CRAS SUDESTE IV	0,7059	4	0,5203	0,4238	9	0,6517	-0,2821	0,1314
CRAS SUL I	0,1386	3	0,5719	0,4047	3	0,5167	0,2661	-0,0552
CRAS SUL II	0,6599	6	0,6156	0,4696	12	0,6000	-0,1903	-0,0156
CRAS SUL III	0,4251	11	0,6489	0,4344	19	0,7000	0,0093	0,0511
CRAS SUL IV	0,2731	13	0,6228	0,4283	15	0,7063	0,1552	0,0835
CRAS SUL V	---	---	---	0,4972	3	0,7354	0,4972	0,7354
SEM IDENTIF. CRAS	0,3470	85	0,3812	0,6473	21	0,5214	0,3003	0,1402

Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa (CadÚnico SUAS 2015-2017).

Verificando inicialmente as variações dos índices de Gini e dos IDSRs encontrados, a relação preferível seria a de que a distribuição de renda melhora (à medida em que o Índice de Gini diminui) e os índices de desenvolvimento de resultado (IDSR) aumentam.

Tal feito somente foi identificado nos CRAS: Leste I, Norte I, Norte IV, Sudeste I, Sudeste II e Sudeste IV. Nos casos do CRAS Leste III, Leste IV, Norte II, Norte III, Sul III, Sul IV e Sul V, ao tempo em que as variações do índice de Gini aumentaram positivamente, houve também um aumento das variações do IDSR médios para tais centros de referência.

Como pode ser demonstrado pelo gráfico de dispersão (Gráfico nº 17) para as variações dos índices estudados, estes não possuem uma linha de tendência nesse sentido, demonstrando que os resultados de IDSR não tem forte correlação com as variações dos níveis de distribuição da renda.

	G LESTE V	0,4093	π LESTE V	0,0202	YCRAS LESTE V	0,0145	
	G NORTE I	0,3517	π NORTE I	0,0323	YCRAS NORTE I	0,0373	
	G NORTE II	0,314	π NORTE II	0,0927	YCRAS NORTE II	0,1091	
	G NORTE III	0,5447	π NORTE III	0,1048	π CRAS NORTE III	0,0783	
	G NORTE IV	0,1406	π NORTE IV	0,0282	π CRAS NORTE IV	0,0364	
	G NORTE V	0,6675	π NORTE V	0,0242	π CRAS NORTE V	0,0145	
	G SUDESTE I	0,4181	π SUDESTE I	0,0282	π CRAS SUDESTE I	0,0261	
	G SUDESTE II	0,335	π SUDESTE II	0,0565	π CRAS SUDESTE II	0,0723	
	G SUDESTE III	0,3957	π SUDESTE III	0,0766	π CRAS SUDESTE III	0,0720	
	G SUDESTE IV	0,4238	π SUDESTE IV	0,0363	π CRAS SUDESTE IV	0,0323	
	G SUL I	0,4047	π SUL I	0,0121	π CRAS SUL I	0,0092	
	G SUL II	0,4696	π SUL II	0,0484	π CRAS SUL II	0,0449	
	G SUL III	0,4344	π SUL III	0,0766	π CRAS SUL III	0,0670	
	G SUL IV	0,4283	π SUL IV	0,0605	π CRAS SUL IV	0,0585	
	G SUL V	0,4972	π SUL V	0,0121	π CRAS SUL V	0,0083	
	G SEM IDENT.	0,6473	π SEM IDENT.	0,0847	π SEM IDENT.	0,0902	

Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa.

Realizada a primeira decomposição, avaliando o próprio fator localização, ou seja, o CRAS onde o indivíduo está inscrito, tem-se que a localização na determinação da distribuição de renda dos indivíduos analisados atingiu um nível de 88,14 % (oitenta e oito vírgula catorze por cento), ou seja, o índice de Gini entre os CRAS (G_c) no valor de 0,3577 representa 88,14% do Gini calculado em 0,4058.

O valor de $\sum_{h=1}^k \pi_h y_h G_h$ em 0,0278, representa que o Gini dentro dos grupos, como uma média ponderada pela fração de renda e de população dos Índices de Gini dentro de cada grupo, demonstra baixo peso deste índice na composição do índice de Gini geral, sendo então equivalente a apenas 6,85% (seis vírgula oitenta e cinco por cento) do Índice de Gini geral.

Quanto ao G_s (que são os resíduos ou sobreposições) calculado no valor de 0,0203, equivale a aproximadamente 5% (cinco por cento) do Índice de Gini geral.

Com o intuito de descrever o grau de determinação do fator escolaridade sobre a distribuição de renda entre os grupos, a tabela nº 21 pode ser utilizada para análise prévia quanto às médias de rendimentos por nível de escolaridade registrado em cada grupo de idosos observados por Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

Tabela nº 21: Rendimento médio dos idosos segundo grau de instrução nos CRAS - Ano 2015

Nome do CRAS	Ensino		Ensino Médio	Ensino Superior	Não Alfabetizado	Média Geral por CRAS
	Fundamental I (1ª à 4ª série) Ensino Primário	Fundamental II (5ª à 8ª série) Ginásio				
CRAS LESTE I	R\$ 788,00	R\$ 570,67	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 362,00	R\$ 493,50
CRAS LESTE II	R\$ 167,33	R\$ 225,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 605,00	R\$ 228,78
CRAS LESTE III	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 542,50	R\$ 542,50

CRAS LESTE IV	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 788,00	R\$ 788,00
CRAS LESTE V	R\$ 745,33	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 745,33
CRAS NORTE I	R\$ 480,75	R\$ 308,00	R\$ 678,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 352,50
CRAS NORTE II	R\$ 567,20	R\$ 394,00	R\$ 482,67	R\$ 0,00	R\$ 788,00	R\$ 532,73
CRAS NORTE III	R\$ 340,44	R\$ 289,60	R\$ 577,67	R\$ 0,00	R\$ 788,00	R\$ 390,72
CRAS NORTE IV	R\$ 724,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 100,00	R\$ 412,00
CRAS SUDESTE I	R\$ 155,00	R\$ 562,00	R\$ 312,00	R\$ 2.250,00	R\$ 207,71	R\$ 441,25
CRAS SUDESTE II	R\$ 181,00	R\$ 0,00	R\$ 800,00	R\$ 0,00	R\$ 552,80	R\$ 357,33
CRAS SUDESTE III	R\$ 555,33	R\$ 339,00	R\$ 70,00	R\$ 0,00	R\$ 770,00	R\$ 494,25
CRAS SUDESTE IV	R\$ 0,00	R\$ 362,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 35,00	R\$ 198,50
CRAS SUL I	R\$ 800,00	R\$ 724,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 400,00	R\$ 641,33
CRAS SUL II	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 724,00	R\$ 0,00	R\$ 248,00	R\$ 244,67
CRAS SUL III	R\$ 506,60	R\$ 150,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 563,00	R\$ 448,64
CRAS SUL IV	R\$ 703,00	R\$ 950,00	R\$ 517,00	R\$ 0,00	R\$ 525,33	R\$ 676,08
Sem identificação do CRAS	R\$ 424,16	R\$ 479,37	R\$ 286,67	R\$ 0,00	R\$ 500,29	R\$ 459,41
Média geral por grau de instrução	R\$ 435,48	R\$ 430,83	R\$ 454,22	R\$ 2250,00	R\$ 452,00	R\$ 449,73

Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa (CadÚnico SUAS 2015).

Avaliando os rendimentos médios dos idosos segundo o grau de instrução educacional por CRAS no ano 2015, observa-se claramente um caso atípico de um CRAS, onde apenas um idoso com grau de ensino superior, e com um rendimento médio de R\$ 2.250 (dois mil duzentos e cinquenta reais).

Quanto à maior média de rendimentos no ano 2015, esta se concentrou nas pessoas idosas com ensino médio, com média de rendimentos de R\$ 454,22 (quatrocentos e cinquenta e quatro reais e vinte e dois centavos).

Tabela nº 22: Rendimento médio dos idosos segundo grau de instrução nos CRAS - Ano 2017

Nome do CRAS	Ensino Fundamental I	Ensino Fundamental II	Ensino Médio	Não Alfabetizado	Total Geral
CRAS LESTE I	R\$ 937,00	R\$ 518,75		R\$ 1.038,25	R\$ 870,62
CRAS LESTE II	R\$ 600,00		R\$ 270,00	R\$ 586,12	R\$ 529,27
CRAS LESTE III	R\$ 788,00	R\$ 937,00		R\$ 533,50	R\$ 588,33
CRAS LESTE IV	R\$ 937,00			R\$ 482,67	R\$ 596,25
CRAS LESTE V				R\$ 411,20	R\$ 411,20
CRAS NORTE I	R\$ 200,00		R\$ 724,00	R\$ 725,67	R\$ 659,75
CRAS NORTE II	R\$ 805,67	R\$ 311,00	R\$ 0,00	R\$ 729,76	R\$ 671,52
CRAS NORTE III	R\$ 234,25	R\$ 440,00	R\$ 800,00	R\$ 445,37	R\$ 426,12
CRAS NORTE IV	R\$ 788,00			R\$ 726,33	R\$ 735,14
CRAS NORTE V	R\$ 70,00	R\$ 0,00		R\$ 495,00	R\$ 341,67
CRAS SUDESTE I	R\$ 605,67	R\$ 0,00		R\$ 626,67	R\$ 528,14
CRAS SUDESTE II	R\$ 708,33	R\$ 816,33	R\$ 230,00	R\$ 776,00	R\$ 731,14
CRAS SUDESTE III	R\$ 448,75			R\$ 559,87	R\$ 536,47
CRAS SUDESTE IV	R\$ 274,67			R\$ 623,67	R\$ 507,33
CRAS SUL I		R\$ 510,00		R\$ 394,00	R\$ 432,67
CRAS SUL II	R\$ 715,33		R\$ 937,00	R\$ 409,50	R\$ 529,92
CRAS SUL III	R\$ 642,00	R\$ 426,67	R\$ 662,33	R\$ 375,50	R\$ 499,00
CRAS SUL IV	R\$ 918,00	R\$ 225,00		R\$ 507,90	R\$ 552,20
CRAS SUL V	R\$ 0,00	R\$ 300,00		R\$ 880,00	R\$ 393,33
Sem identificação do CRAS	R\$ 319,00	R\$ 694,50		R\$ 698,92	R\$ 607,62
Total Geral	R\$ 544,09	R\$ 491,24	R\$ 479,83	R\$ 596,02	R\$ 570,62

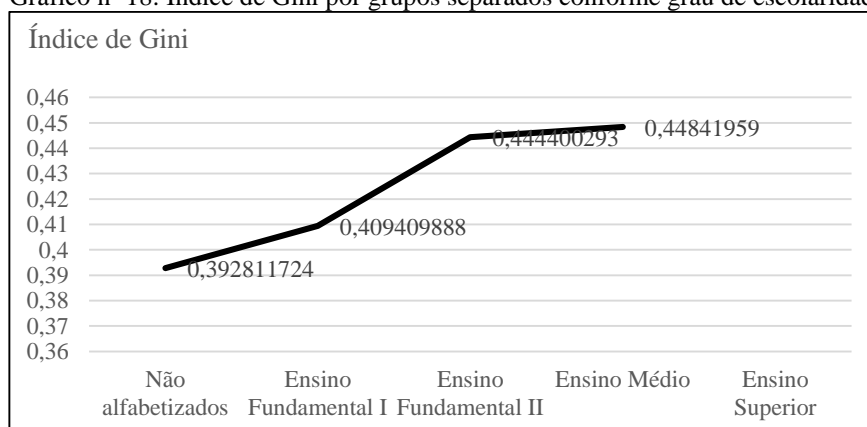
Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa (CadÚnico SUAS 2017).

No ano 2017, a maior média de rendimentos concentra-se em pessoas que não são alfabetizadas, no valor de médio de R\$ 596,02 (quinhentos e noventa e seis reais e dois centavos), seguida por pessoas que frequentaram até o nível fundamental I, no valor médio de R\$ 544,09 (quinhentos e quarenta e quatro reais e nove centavos).

Para ambos os anos (2015 e 2017), percebe-se uma concentração de pessoas com rendimentos na classe de idosos não alfabetizados, seguida das de nível fundamental, o que caracteriza o público que é atendido pelos serviços de proteção social básica, sendo marco essencial na tipificação da vulnerabilidade, consistindo esses rendimentos, em sua maioria, provenientes de benefícios de prestação continuada (BPC) ou aposentadorias.

Agrupando-se os indivíduos do ano 2017 por grau de escolaridade (não alfabetizado, ensino fundamental I, ensino fundamental II, ensino médio; e ensino superior), o Índice de Gini para o último ano (2017) apresenta o comportamento conforme gráfico nº 18.

Gráfico nº 18: Índice de Gini por grupos separados conforme grau de escolaridade para o ano 2017



Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa.

Mesmo havendo uma variação pequena entre os valores do índice de Gini do nível Não alfabetizado para Ensino fundamental I, e de nível Ensino fundamental II para Ensino Médio, o comportamento gráfico dos dados induz à interpretação de que quanto maior a escolaridade dos indivíduos, maior será a concentração de renda dentro do grupo, tendo uma variação significativa (variação de 0,035 aproximadamente) na passagem dos níveis Ensino Fundamental I para Ensino Fundamental II.

Aprofundando-se a análise quanto ao grau de determinação do fator escolaridade sobre o nível de distribuição de renda, realizou-se a decomposição do índice de Gini, de acordo com a fórmula apresentada anteriormente, segregando o conjunto de indivíduos por grau de escolaridade, excluído o nível superior pelo fato de não se ter registro de indivíduos com esta condição no ano 2017.

Tabela nº 23: Decomposição do Índice de Gini por nível de escolaridade – ano 2017

G	G _e	G _h	π_h		y _h		$\sum_{h=1}^k \pi_h y_h G_h$	G _s
0,4058	0,2867	G Não Alf. = 0,3928	π Não Alf.	0,6734	Y Não Alf.	0,7034	0,2031	-0,0840
		G Ens. Fund. I = 0,4094	π Ens. Fund. I	0,1774	Y Ens. Fund. I	0,1692		
		G Ens. Fund. II = 0,4444	π Ens. Fund. II	0,1008	Y Ens. Fund. II	0,0868		
		G Ens. Médio = 0,4484	π Ens. Médio	0,0484	Y Ens. Médio	0,0407		
Gini devido à escolaridade (%) = (0,2867 ÷ 0,4058)*100 = 70,65%								

Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa.

O percentual do Índice de Gini explicado pela diferença entre os grupos de escolaridade foi de 70,65% (setenta vírgula sessenta e cinco por cento), o que reforça a existência da tendência de que, quanto maior for a concentração de renda, maior também será o percentual da desigualdade devido à escolaridade.

Já o Índice de Gini que mede a participação de desigualdade dentro dos grupos ($\sum_{h=1}^k \pi_h y_h G_h$) no valor de 0,2031 extraída a sobreposição de valor negativo de -0,0840, representa os 29,35% (vinte e nove vírgula trinta e cinco por cento) restantes na composição do Índice de Gini geral.

Sequencialmente, apresenta-se a decomposição do Índice de Gini pelos fatores sexo (masculino e feminino) e idade (em três níveis: idosos jovens aqueles que têm entre 60 (sessenta) e 70 (setenta) anos de idade; medianamente idosos aqueles com idade entre 70 (setenta) e 80 (oitenta) anos; e muito idosos os de idade acima de 80 (oitenta) anos) (IPEA, 2007).

Tabela nº 24: Decomposição do Índice de Gini por sexo e idade – ano 2017

Fator	G	G _e	G _h	π_h		y _h		$\sum_{h=1}^k \pi_h y_h G_h$	G _s
Sexo	0,4058	0,0578	G Masc. = 0,3723	π Masc. =	0,4073	Y Masc. =	0,4372	0,2090	0,1390
			G Fem. = 0,4279	π Fem. =	0,5927	Y Fem. =	0,5628		
Gini devido ao sexo (%) = (0,0578 ÷ 0,4058)*100 = 14,24%									
Idade	0,4058	0,3353	G _{60 a 69a.} = 0,4944	π _{60 a 69a.} =	0,6895	Y _{60 a 69.}	0,5955	0,2193	-0,1488
			G _{70 a 79a.} = 0,1967	π _{70 a 79a.} =	0,2460	Y _{70 a 79.}	0,3120		
			G _{>80 anos.} = 0,2054	π _{>80 anos.} =	0,0645	Y _{80 ou mais.}	0,0926		
Gini devido à faixa idade (%) = (0,3353 ÷ 0,4058)*100 = 82,62%									

Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa.

Sobre o sexo, identificou-se uma fraca condição para explicação sobre o percentual do Índice de Gini geral, tendo o índice de desigualdade entre os grupos por sexo ficado com valor correspondente a apenas 0,0578, o que equivale a apenas 14,24% (catorze vírgula vinte e quatro por cento) do Índice de Gini geral, sendo a maior representação dada por $(\sum_{h=1}^k \pi_h y_h G_h)$ que mede a participação de desigualdade dentro dos grupos, cujo valor reportou uma participação de 51,50% (cinquenta e um vírgula cinquenta por cento) no valor do Índice de Gini Geral, enquanto que os resíduos ou sobreposições representam 34,25% (trinta e quatro vírgula vinte e cinco por cento) do coeficiente de Gini geral.

Quanto às faixas de idade, o percentual do Índice de Gini explicado pela diferença entre os grupos por faixa de idade, é de 82,62% (oitenta e dois vírgula sessenta e dois por cento), indicando que o grupo de 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos tem maior grau de concentração de renda ao passo que à medida que se avança às demais faixas, a concentração diminui. Outros 17,37% (dezessete vírgula trinta e sete por cento) da composição do coeficiente de Gini geral são constituídos pelas desigualdades dentro dos grupos menos a sobreposição negativa para os grupos de idade.

4.2.5 Estimativa dos volumes de recursos repassados pela União ao município de Teresina para manutenção do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) nos anos 2015 e 2017

Apresentando-se os dados para tal análise, necessário enfatizar que a amostra estabelecida em apenas 4 (quatro) anos se constitui num exemplar pequeno, principalmente pela impossibilidade de se calcular os valores de IDSR e Índice de Gini para os anos de 2014 e de 2016, como explicado anteriormente, assim como também a impossibilidade de se realizar o rateio preciso dos recursos por CRAS ou mesmo por CCI.

Desta forma, a única maneira de se fazer a estimação dos repasses provenientes da União é realizar e utilizar somente o cálculo do financiamento do componente I do Piso Básico Variável para cofinanciamento do SCFV de acordo com a Portaria MDS nº 134 de 28/11/2013, considerando a quantidade de usuários idosos por CRAS observados (excluindo os registros de idosos sem a identificação do CRAS), visto que o componente II do Piso Básico Variável, como visto anteriormente no 3º (terceiro) capítulo, tópico 3.2.3, dependerá do cumprimento da meta de atendimento do público abrangido pelas situações prioritárias descritas na Resolução CNAS nº 01/2013.

Assim a estimativa foi calculada obedecendo aos artigos 7º e 8º da Portaria nº 134/2013:

[...]

Art. 7º O valor mensal de referência para cálculo do montante a ser repassado pelo PBV é de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por usuário e será aferido até o limite da capacidade de atendimento aceita pelo município ou o Distrito Federal.

Parágrafo único. A capacidade de atendimento multiplicada pelo valor de referência representa o valor máximo do montante do PBV para o cofinanciamento federal do SCFV.

Art. 8º O componente I compreende a parcela do PBV destinada a garantir a capacidade de atendimento aceita pelo município ou o Distrito Federal.

§1º O valor do componente I representa 50% (cinquenta por cento) do montante do cofinanciamento do PBV ao município ou ao Distrito Federal.

§2º Nenhum município ou o Distrito Federal receberá como componente I valor inferior a R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais), desde que atendido o mínimo de 25% (vinte e cinco por cento) da capacidade de atendimento aceita.

Realizando-se a estimativa para os anos 2015 (ano em que há registro de 220 idosos, porém com 85 idosos sem a informação do CRAS ao qual está vinculado, restando 135 idosos para fins da estimativa do componente I do PBV) e 2017 (ano com registro de 248 idosos, dos quais se subtraiu 21 idosos por não terem registro do CRAS de referência, restando assim 227 idosos para a estimação do componente I do PBV), desta maneira, representa-se tal estimativa no quadro nº 24:

Quadro nº 24: Estimativa do Componente I do Piso Básico Variável para os anos 2015 e 2017

Ano	Qtde. de idosos	Fator para estimativa do Comp. I do PBV (R\$ 50,00 * 50%)	EST. Comp. I do PBV ao ano
2015	135	R\$ 25,00	R\$ 40.500,00
CRAS LESTE I	8	R\$ 25,00	R\$ 2.400,00
CRAS LESTE II	9	R\$ 25,00	R\$ 2.700,00
CRAS LESTE III	4	R\$ 25,00	R\$ 1.200,00
CRAS LESTE IV	1	R\$ 25,00	R\$ 300,00
CRAS LESTE V	3	R\$ 25,00	R\$ 900,00
CRAS NORTE I	10	R\$ 25,00	R\$ 3.000,00
CRAS NORTE II	11	R\$ 25,00	R\$ 3.300,00
CRAS NORTE III	18	R\$ 25,00	R\$ 5.400,00
CRAS NORTE IV	2	R\$ 25,00	R\$ 600,00
CRAS SUDESTE I	12	R\$ 25,00	R\$ 3.600,00
CRAS SUDESTE II	12	R\$ 25,00	R\$ 3.600,00
CRAS SUDESTE III	8	R\$ 25,00	R\$ 2.400,00
CRAS SUDESTE IV	4	R\$ 25,00	R\$ 1.200,00
CRAS SUL I	3	R\$ 25,00	R\$ 900,00
CRAS SUL II	6	R\$ 25,00	R\$ 1.800,00
CRAS SUL III	11	R\$ 25,00	R\$ 3.300,00
CRAS SUL IV	13	R\$ 25,00	R\$ 3.900,00
2017	227	R\$ 50,00	R\$ 68.100,00
CRAS LESTE I	13	R\$ 25,00	R\$ 3.900,00
CRAS LESTE II	22	R\$ 25,00	R\$ 6.600,00
CRAS LESTE III	12	R\$ 25,00	R\$ 3.600,00
CRAS LESTE IV	4	R\$ 25,00	R\$ 1.200,00
CRAS LESTE V	5	R\$ 25,00	R\$ 1.500,00

CRAS NORTE I	8	R\$ 25,00	R\$ 2.400,00
CRAS NORTE II	23	R\$ 25,00	R\$ 6.900,00
CRAS NORTE III	26	R\$ 25,00	R\$ 7.800,00
CRAS NORTE IV	7	R\$ 25,00	R\$ 2.100,00
CRAS NORTE V	6	R\$ 25,00	R\$ 1.800,00
CRAS SUDESTE I	7	R\$ 25,00	R\$ 2.100,00
CRAS SUDESTE II	14	R\$ 25,00	R\$ 4.200,00
CRAS SUDESTE III	19	R\$ 25,00	R\$ 5.700,00
CRAS SUDESTE IV	9	R\$ 25,00	R\$ 2.700,00
CRAS SUL I	3	R\$ 25,00	R\$ 900,00
CRAS SUL II	12	R\$ 25,00	R\$ 3.600,00
CRAS SUL III	19	R\$ 25,00	R\$ 5.700,00
CRAS SUL IV	15	R\$ 25,00	R\$ 4.500,00
CRAS SUL V	3	R\$ 25,00	R\$ 900,00
Total Geral	362	R\$ 25,00	R\$ 108.600,00

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como suscitado, estes valores são estimativas do cofinanciamento advindo do governo federal pelo Componente I do Piso Básico Variável (que varia em função do número de usuários) para o SCFV, de forma que se possa realizar a análise de sua relação com os resultados do índice de desenvolvimento social de resultado, caso sejam direcionados aos CCIs conforme idosos atendidos.

Diversos estudos relacionam fortemente a ideia de prover desenvolvimento por intermédio dos gastos públicos, o que dá reforço teórico para as análises sobre o relacionamento do indicador que mensura parte do financiamento com os indicadores de desenvolvimento social estudados.

No quadro nº 25, seguem relacionados diversos estudos sobre a temática contendo a informação da revista científica em que foram publicados e sua respectiva avaliação Qualis, título, identificação dos autores, metodologia utilizada e principais resultados.

Quadro nº 25 – Síntese de relevantes estudos sobre a relação gastos públicos com desenvolvimento

Revista (periódico)	Qualis	Título / Autor(es)	Método	Principais Resultados
RAP – Revista de Administração Pública	A2	Alocação dos Gastos Públicos e Crescimento Econômico: Um Estudo em Painel para os Estados Brasileiros. Autores: Neduziak e Correia (2017).	Painel convencional de Efeitos Fixos (EF), no período de 1995 a 2011.	(+) Foram encontradas evidências de que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) tem sido benéfica ao crescimento econômico dos estados brasileiros. Os gastos em: (i) administração e planejamento, (ii) judiciário, (iii) habitação e urbanismo e (iv) assistência e previdência mostraram-se produtivos e os

				gastos em: (i) educação e cultura e (ii) legislativo mostraram-se improdutivos.
	A2	Análise da relação entre crescimento econômico e gastos públicos nas maiores cidades da região Sul do Brasil. Autores: Bogoni <i>et al.</i> (2011).	Pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e de corte seccional. Para tal, o artigo apresenta um modelo matemático não linear multivariável que é avaliado empiricamente por meio de uma aplicação para os gastos públicos das maiores cidades a região Sul do Brasil	(+) Os resultados mostram um erro de estimação de 22,45% para uma confiabilidade de 85,16%. Conclui-se que os gastos dos governos locais têm um importante papel no crescimento econômico.
	A2	Gastos públicos e condições de vida nos municípios do estado do Ceará. Autores: Emerson Marinho e Paulo de Melo Jorge Neto (1999).	Análise descritiva dos gastos e receitas tributárias dos municípios, investigando sua composição e o peso do setor público municipal no nível de atividade econômica. Modelo econométrico de equações simultâneas, com o objetivo de verificar se, com base na evidência empírica, os gastos públicos municipais têm impacto positivo na qualidade de vida e na renda per capita destes municípios. Investigam-se, ainda, os fatores que influenciam a receita tributária e a magnitude dos gastos públicos	(+/-) para o PIB e para IDH: depreende-se que mais uma vez a especialização da gestão fiscal é deveras importante e para cada caso de análise, as características de cada municípios são relevantes para a decisão. Neste ponto, o estudo de Marinho <i>et al.</i> (1999) mostrou que deve-se considerar a política de financiamento dos gastos, conforme tamanho do município, tanto para resultados em IDH como para PIB per capita.
Desenvolvimento em Questão	B2	Desenvolvimento Econômico e Social por Meio de Investimentos em Infraestrutura: O Caso da BR-163. Autores: Fernando Vinícius da Rocha e Maria Sylvia Macchione Saes (2018).	O texto analisa os efeitos da rodovia BR-163 no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios nos Estados do Mato Grosso (MT) e Pará (PA) por meio metodológico Propensity Score Matching (PSM) foi a técnica estatística utilizada a qual, mediante comparativos entre os municípios,	(+) Os resultados alcançados mostram-se positivos quanto aos investimentos em infraestrutura logística no desenvolvimento econômico e social. As conclusões destacam a importância do aperfeiçoamento das políticas públicas que visam a promover o desenvolvimento econômico a partir de investimentos em infraestrutura no Brasil.

			estima o efeito médio da presença da rodovia.	
	B2	<p>Produtividade dos Gastos Públicos dos Estados Brasileiros - Um Estudo Empírico no Período de 1995 a 2010.</p> <p>Autores: Rossana Guerra Sousa e Edilson Paulo (2016).</p>	<p>Base no modelo analítico-empírico de Devarajan, Swarrop e Zou (1996). Um painel de dados dos 26 Estados no período de 1995 a 2010 foi organizado para estimar regressões lineares e quadráticas para verificar as relações entre componentes do gasto público dos Estados do Brasil e o seu crescimento econômico.</p>	<p>Os resultados indicam que, tomados em conjunto, os gastos agregados dos Estados brasileiros se apresentam positivamente relacionados ao crescimento econômico. Quando examinados por componentes econômicos, corrente e capital, os gastos públicos dos Estados mostram-se improdutivos para ambos. Para os Estados em desenvolvimento, evidencia-se o impacto positivo sobre o crescimento dos gastos com bens públicos e o impacto negativo do gasto em bens semipúblicos. Sugere-se a necessidade de um melhor dimensionamento na composição dos gastos públicos dos Estados brasileiros para alcançar a maximização de seu potencial de contribuição para o crescimento econômico.</p>
Revista de Gestão	B1	<p>Influência dos gastos públicos no crescimento econômico dos municípios da Região Sudeste do Brasil.</p> <p>Autores: Larissa Degenhart, Mara Vogt e Vinícius Costa da Silva Zonatto (2016).</p>	<p>Pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e de corte seccional. Para tanto, o estudo apresenta um modelo matemático de regressão não linear multivariável, que é avaliado empiricamente, pois ao longo da pesquisa pretenderam analisar a relação existente entre o crescimento econômico e os gastos públicos.</p>	<p>(+) Os resultados revelaram um erro de estimação de 14,98% em média para todos os municípios analisados. O poder de explicação do modelo foi de 97,7% e apresentou alta confiabilidade.</p> <p>As evidências encontradas sugerem que na Região Sudeste do Brasil há influência positiva dos gastos públicos no crescimento econômico. Os maiores gastos foram feitos com educação e saúde. Além disso, mediante a aplicação do modelo matemático, pode-se inferir que os gastos públicos analisados acabam por impulsionar o PIB municipal e/ou estadual. Conclui-se que os gastos públicos apresentam importante papel para que ocorra o crescimento econômico na Região Sudeste do Brasil.</p>

Revista Economia & Gestão	B2	<p>Influência dos gastos públicos sociais sobre o PIB dos municípios do Estado de Minas Gerais.</p> <p>Autores: Sandro Angelo de Andrade, Arilton Teixeira e Graziela Fortunato (2014)</p>	<p>Objetivo de avaliar a influência dos tipos de gastos sociais (por exemplo, educação e saúde) no PIB per capita dos municípios do estado de Minas Gerais, partindo da hipótese que a efetiva utilização dos recursos públicos poderia gerar aumento do PIB. Para isso, os tipos de gastos foram analisados de forma agrupada e individualizada com defasagens de até 3 anos em relação ao PIB per capita municipal, através de regressão múltipla em dados de painel.</p>	<p>(+/-) Os resultados encontrados não permitem concluir que os gastos sociais exercem influência significativa na formação do PIB per capita dos municípios mineiros, com exceção dos gastos de saúde e saneamento.</p>
Gestão & Regionalidade	B2	<p>Desenvolvimento econômico de Santa Catarina e a ação do Estado.</p> <p>Autora: Augusta Pelinski Raihe (2013).</p>	<p>Utilizou dados referentes aos investimentos realizados pelo Estado (União e Estado) no período de 1986 a 2000 e dados sobre o índice de desenvolvimento humano de 2000. A associação entre desenvolvimento e inversões estatais foi delimitada por meio de um modelo de regressão quadrática.</p>	<p>(+) a ação do Estado no desenvolvimento dos municípios catarinenses é relevante, com uma eficiência maior das suas inversões no início do processo; à medida que o Estado intensifica seus investimentos, cria-se um dinamismo interno que conduz por si só ao desenvolvimento econômico.</p>
ENANPAD	---	<p>Eficiência Técnica Municipal na Alocação dos Gastos Públicos no Estado do Paraná.</p> <p>Autora: Ivy Silva Costa (2011).</p>	<p>Processo que engloba variáveis multidimensionais, ou seja, tanto variáveis quantitativas quanto qualitativas. As análises foram realizadas com base em dados secundários obtidos junto ao IPARDES, SNIS e STN no período de 2008. Utilizou-se da técnica Análise Envoltória de Dados (DEA) sendo o modelo de retornos variáveis à escala com orientação produto para a realização do objetivo proposto.</p>	<p>Os resultados mostraram que trinta e dois dos trezentos e cinquenta municípios em estudo foram eficientes na alocação dos gastos públicos, sendo que a maioria deles, doze, situa-se na mesorregião Norte Central. As mesorregiões Centro-Oriental e Sudeste não apresentaram municípios eficientes. Na mesorregião metropolitana de Curitiba predominou-se municípios com valores de escores de eficiência classificados como de baixo e médio desempenho. O estudo evidencia a necessidade de revisão das práticas de gestão na grande maioria dos municípios paranaenses, no</p>

				intuito de aperfeiçoar os métodos adotados, para que haja melhor aproveitamento dos recursos a fim de propiciar à população melhor qualidade de vida.
Revista Planejamento e Políticas Públicas (PPP)	B2	Os gastos públicos no Brasil são produtivos? Autor: Cândido Júnior, José O. (2001).	O objetivo deste trabalho é analisar, teórica e empiricamente, a relação entre gastos públicos e crescimento econômico no Brasil, no período 1947/1995, de forma agregada, captando o balanço líquido da participação dos gastos sobre o produto interno, dado existirem fatores que indiciam possibilidades positivas e negativas.	Os valores das elasticidades gasto-produto e o diferencial de produtividade em relação ao setor privado foram negativos. O conjunto de resultados mostra que a proporção de gasto público no Brasil está acima do seu nível ótimo, e que existem indícios de baixa produtividade. Os efeitos sobre o crescimento serão tanto mais danosos quanto mais distorcivo for o sistema tributário.
Revista Economia da ANPEC	B1	O papel da política fiscal local no crescimento econômico de cidades: uma evidência empírica para o Brasil. Autores: Marques Junior, Liderau dos S.; Oliveira, Cristiano A. de; Jacinto, Paulo de A. (2006).	Modelo espacial de crescimento econômico com governo, que incorpora as contribuições das teorias do crescimento endógeno e da nova geografia econômica. O modelo é avaliado empiricamente através de uma aplicação para as cidades brasileiras na década de noventa.	. Os resultados mostram que o governo local tem um importante papel no crescimento econômico das cidades, pois os investimentos públicos mostraram-se eficientes e afetaram positivamente o crescimento econômico. Os resultados mostram indícios de gastos públicos ineficientes e de efeitos negativos da tributação local no crescimento econômico das cidades.
Revista Economia da ANPEC	B1	Gasto Público e Crescimento Econômico: um estudo em painel para os estados brasileiros. Autores: José Angelo Divino e Rogério Lúcio Soares da Silva Junior (2012).	O modelo de Devarajan <i>et al.</i> (1996) foi usado como referência para verificar como variáveis estruturais, incluindo educação, distribuição de renda e violência, e a política fiscal afetam o crescimento econômico local, controlando para o nível de renda per capita.	Os resultados indicam que municípios com renda abaixo da linha de pobreza, definida pelo Banco Mundial, tem uma necessidade maior de gastos correntes do que os que estão acima dessa linha. Estimções quadráticas permitiram derivar composições ótimas de gasto público que maximizam o crescimento econômico conforme a posição do município em relação à linha de pobreza.

Fonte: Elaborado pelo autor.

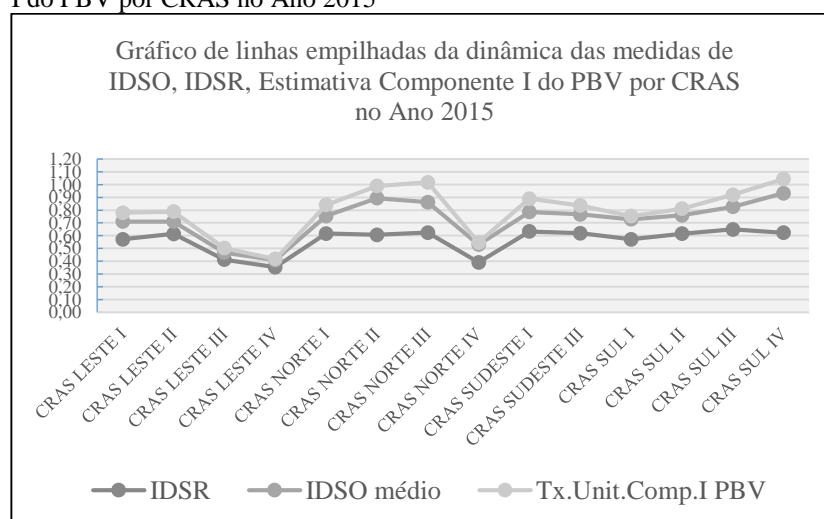
Com este reforço teórico acerca dos gastos públicos como sendo capazes de gerar desenvolvimento, coloca-se em evidência o papel do Estado como promotor do desenvolvimento, sobretudo por meio de políticas públicas, como sendo uma forma racional de se prover incrementos positivos na melhora da qualidade de vida dos cidadãos, em especial daqueles que por si só não possuem a capacidade imediata para se desenvolverem, mas com potencial humano característico da espécie, de que se dadas as reais condições de igualdade, podem angariar melhores condições de sobrevivência e até mesmo de desenvolvimento, fazendo assim o Estado como executante de seu papel de provedor do Bem Estar Social, e em especial, daqueles em situação de vulnerabilidade social, neste caso, os idosos colocados como vulneráveis nos serviços de proteção social básica municipal de Teresina.

4.2.6 Análise sobre as relações entre as variáveis IDSO, IDCRAS, Renda e Estimativa do Componente I do PBV e IDSR médio por CRAS

Inicialmente, avaliando-se o comportamento gráfico (por linhas empilhadas – gráficos nº 19 e 20) das medidas proporcionais da Estimativa do Componente I do PBV, dos IDSOs e IDSRs médios por Centros nos anos 2015 e 2017, constatou-se que há uma tendenciosa proporcionalidade entre o volume de recursos (Estimativa do Componente I do PBV) e as medidas médias de IDSO e IDSR, indicando a provável existência de correlação positiva entre o volume de investimentos e os índices médios de desenvolvimento social calculados.

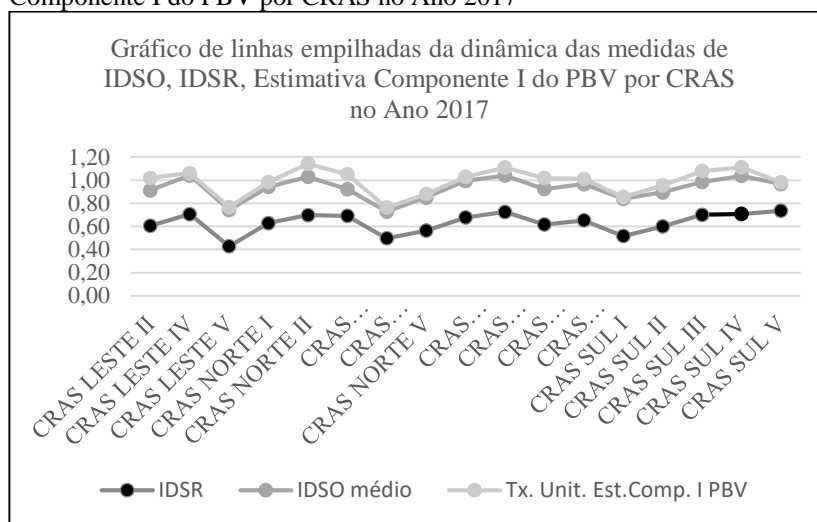
Esta verificação sugere níveis de correlação passíveis de investigação, os quais serão tratados adiante com a intenção de analisar esta correlação por modelagem estatística, incluindo medidas de correlação de Pearson e regressão multivariada.

Gráfico nº 19: Dinâmica das medidas de IDSO, IDSR, Estimativa Componente I do PBV por CRAS no Ano 2015



Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa.

Gráfico nº 20: Dinâmica das medidas de IDSO, IDSR, Estimativa Componente I do PBV por CRAS no Ano 2017



Dado que as variáveis ocorrem simultaneamente nas condições normais da dinâmica social, relevante se faz a análise em modelagem de regressão múltipla, para que se obtenham os coeficientes de correlação e demais estatísticas que expliquem de forma mais sistematizada tal fenômeno.

O primeiro passo refere-se à análise dos coeficientes de correlação entre as variáveis (demostrados na Tabela nº 24), na qual se observa que as variáveis independentes com maior grau de correlação com IDSRmédio são: Estimativa do Componente I do PBV (0,239); e IDSO (0,490). Contando que foram apresentadas 31(trinta e uma) observações quando da aglutinação dos dados dos idosos dos centros de convivência por CRAS, com valores de renda e estimação do componente I do PBV transformados para taxa unitária, para adequação ao teste de correlação de Pearson (escala de proporcionalidade), com as respectivas médias de IDSR, excluídos também os dados das pessoas que não continham identificação do CRAS ao qual estavam vinculadas.

Tabela nº 25: Correlações entre as variáveis IDSO, IDCRAS, Renda, Renda média per capita, Estimativa do Componente I do PBV e IDSR

		IDSR	IDSO médio	I (%) Renda	% Est.Comp. I PBV	Tx.Unit. IDCRAS
IDSR	Correlação de Pearson	1	0,490**	-0,266	0,239	-0,074
	Sig. (bilateral)		0,005	0,148	0,196	0,693
	N	31	31	31	31	31
IDSO médio	Correlação de Pearson	0,490**	1	-0,154	-0,200	-0,120
	Sig. (bilateral)	0,005		0,407	0,281	0,520
	N	31	31	31	31	31
I (%) Renda	Correlação de Pearson	-0,266	-0,154	1	0,085	-0,162
	Sig. (bilateral)	0,148	0,407		0,650	0,383

	N	31	31	31	31	31
% Est.Comp. I PBV	Correlação de Pearson	0,239	-0,200	0,085	1	0,041
	Sig. (bilateral)	0,196	0,281	0,650		0,826
	N	31	31	31	31	31
Tx.Unit. IDCRAS	Correlação de Pearson	-0,074	-0,120	-0,162	0,041	1
	Sig. (bilateral)	0,693	0,520	0,383	0,826	
	N	31	31	31	31	31

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Fonte: Elaborado pelo autor – dados da pesquisa.

Numa regressão múltipla com todas as variáveis indicadas, verificou-se os resultados apresentados na tabela nº 26:

Tabela nº 26: Estatísticas da regressão múltipla: IDSR (variável dependente) e IDSO médio, Taxa unitária de Renda, Taxa unitária de IDCRAS, Taxa unitária da Estimativa do componente I do PBV (variáveis independentes)

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
1 (Constante)	0,517	0,098		5,255	0,000
IDSO médio	0,574	0,173	0,520	3,309	0,003*
% Est.Comp. I PBV	0,964	0,408	0,365	2,362	0,026**
Tx.Unit. IDCRAS	-0,030	0,074	-0,063	-0,409	0,686
I (%) Renda	-1,170	0,803	-0,227	-1,457	0,157

a. Variável Dependente: IDSR

Nota: Estatística F de 4,463 com significância de 0,007. $R = 0,638$, $R^2 = 0,407$ e R^2 ajustado = 0,316.

Onde, * e ** Estatisticamente significantes aos níveis de 1% e 5%, respectivamente.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Analisando o modelo ora apresentado na tabela nº 25, pode-se observar que o coeficiente de determinação R^2 , que demonstra o grau de ajustamento da reta do modelo indicando a proporção da variável dependente que é explicada pelas variáveis de predição é de 0,407, ou seja, cerca de 40,7% (quarenta vírgula sete por cento) da variação total da variável dependente (IDSR) pode ser explicada pelas mudanças ocorridas nas variáveis explicativas inseridas no modelo.

O R^2 ajustado às variáveis independentes e ao tamanho da amostra informa quanto da variância do nível de IDSR médio pode ser creditada ao modelo se ele fosse derivado da população total dos indivíduos pesquisados. Desta maneira, o R quadrado ajustado fornece a capacidade de generalização dos resultados, de forma que a diferença entre o R^2 e o R^2 ajustado, indicaria a variação percentual de -22,38% (vinte e dois vírgula trinta e oito por cento) ou seja $[(0,316 \div 0,407) - 1] = -0,2238$, significando que se o modelo fosse realizado a partir de toda a população em detrimento de uma amostra, ele explicaria aproximadamente, 22,38% (vinte e dois vírgula trinta e oito por cento) a menos da variância de saída do modelo de regressão apresentado.

Ao analisar o teste da existência de relação significativa entre a variável dependente IDSR e as variáveis preditoras ou explicativas, a estatística F igual ou superior ao valor de 4,463, quando a hipótese nula é verdadeira, corresponde a 0,007, podendo-se assim concluir que o modelo proposto se torna significativo a um nível de confiança inferior a 0,01, levando-se a concluir que pelo menos uma das variáveis independentes é significativamente diferente de zero.

Analisando os parâmetros do modelo, as variáveis Tax. Unit. IDCRAS e Taxa unitária média de renda não apresentam significância de suas variações em relação ao IDSR.

Sobre a variável IDSO médio, o seu coeficiente (B) confere o valor de 0,574 de incremento no IDSR médio por CRAS caso haja uma elevação de 1 (um) ponto percentual em seu escore.

A outra variável com maior peso de significância se refere à estimativa do Componente I do PBV, que possui coeficiente (B) de 0,964, significa que a cada aumento de um ponto percentual em seu valor, representa um aumento de positivo 0,964 sobre o IDSR médio por CRAS. Mesmo sendo um incremento baixo, é importante ressaltar que sua determinação está na quantidade de pessoas, ou seja, é um valor variável em função da quantidade de idosos registrados nos CRAS, e caso fosse verdadeiramente possível a realização do rateio dos outros componentes do financiamento dos SCFV aos respectivos CRAS e Centros de convivência, poderia ter-se uma representação bem mais relevante.

O valor do coeficiente (B) de IDSO utilizado na explicação foi calculado com base nas informações provenientes dos Centros de Convivência que atendem pessoas idosas, constando estruturação física, pessoas e serviços de equipamentos de assistência social distintos dos CRAS, o que, aplicando-se uma análise de mapeamento dos resultados, apreende-se que tal resultado de correlação superior ao IDCRAS se dá porque os usuários idosos certamente têm um vínculo da prestação de serviços mais fortemente realizados nos CCIS, com maior proximidade e sensibilidade quanto aos graus de vulnerabilidade deste público.

Assim é destacável a importância desses aparelhos como instrumento de alavancagem nos indicadores sociais deste público, diminuindo vulnerabilidade e o desequilíbrio social existente.

Logo, a equação gerada pela regressão múltipla aplicada, corresponderia a:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 - \beta_3 x_3 - \beta_4 x_4 \quad (\text{IX})$$

*IDSR médio por CRAS = 0,517 + 0,964 * (Componente I do PBV) + 0,574 * (IDSO médio) – 0,030 * (Tx.Unit. IDCRAS) – 1,170 * (I(%) Renda)*

Onde:

$Y = \text{IDSR médio por CRAS.}$

$\beta_0 = \text{intercepto.}$

$\beta_1 = \text{variação no IDSR médio CRAS em relação à variação de um ponto percentual no Componente I do PBV.}$

$\beta_2 = \text{variação no IDSR médio CRAS em relação à variação de um ponto percentual no IDSO médio.}$

$\beta_3 = \text{variação na Taxa Unitária IDCRAS}$

$\beta_4 = \text{variação na taxa percentual de renda}$

$x_1 = \text{Componente I do PBV.}$

$x_2 = \text{IDSO médio.}$

$X_3 = \text{Taxa Unitária IDCRAS.}$

$X_4 = \text{taxa percentual de renda.}$

Desta forma, a equação demonstra que a cada aumento de um ponto percentual no componente I do Piso Básico Variável, aumenta 0,964 ponto percentual no IDSR médio, e que a cada aumento de um ponto percentual no IDSO médio, incrementa 0,574 ponto percentual no IDSR. E ainda sendo o Sig. dos interceptos da Estimativa do Componente I do PBV e do IDSO médio (0,026 e 0,003) demonstram que ambos podem ser utilizados como modelo preditivo com um nível de confiança de 97,4% (noventa e sete vírgula quatro por cento) e 99,7% (noventa e nove vírgula sete por cento), respectivamente. Ou seja, é possível afirmar com 97,4% (noventa e sete vírgula quatro por cento) de confiança que a variável Componente I do PBV possui relação positiva com IDSR médio, enquanto que se pode afirmar com 99,7% (noventa e nove vírgula sete por cento) de confiança que existe relação positiva entre IDSO e IDSR.

As variáveis “ $\beta_3 = \text{variação na Taxa Unitária IDCRAS}$ ” e “ $\beta_4 = \text{variação na taxa percentual de renda}$ ” não mostraram-se significantes como observado em seus valores de sig. de 0,686 e 0,157, na tabela nº 26, sugerindo-se inclusive a exclusão destas variáveis conforme reportado pela regressão com método *stepwise* (passo a passo) com nível de significância de 5% (cinco por cento), quando realizada com seus valores normais, restando a seguinte sumarização de modelo representada na tabela 27:

Tabela nº 27: Estatísticas da regressão múltipla: IDSR (variável dependente) e IDSO médio, Taxa unitária da Estimativa do componente I do PBV (variáveis independentes)

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	0,453	0,042		10,751	0,000
EST. Comp.I do PBV	0,00002009	0,000	0,404	2,510	0,018*
IDSO médio	0,370	0,178	0,335	2,080	0,047*

Variável Dependente: IDSR

Variáveis Independentes: IDSO médio; Estimativa Componente I do PBV.

Nota: Estatística F de 8,570, com significância de 0,001. $R = 0,616$, $R^2 = 0,380$ e $R^2 \text{ ajustado} = 0,335$.

Onde, * Estatisticamente significantes aos níveis de 5%.

Teste de Durbin-Watson igual a 1,158.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Com esta nova modelagem, considerando-se como variáveis preditivas somente o IDSO médio e a Estimativa do Componente I do PBV, revela-se uma pequena redução do R quadrado, indicando assim que 38% (trinta e oito por cento) da proporção da variável dependente pode ser explicada pelas variáveis de predição inseridas no modelo.

O novo R quadrado ajustado às variáveis independentes e ao tamanho da amostra, revela que 33,5% (trinta e três vírgula cinco por cento) da variância do nível de IDSR médio pode ser creditada ao modelo se ele fosse derivado da população total dos indivíduos pesquisados.

A estatística F de valor igual ou superior a 8,57, quando a hipótese nula é verdadeira, corresponde a 0,001, concluindo-se que o modelo proposto é significativo ao nível de significância de 1% (um por cento), sendo então pelo menos uma das variáveis significativamente diferente de zero.

A estatística de Durbin-Watson (DW), que pode variar de 0 a 4, em que os valores de 0 a 2 representam que há a correlação positiva, e quando de 2 a 4, correlação negativa, sendo que os escores muito próximos de 2, indicariam uma correlação nula, ou mesmo a indicação de que a correlação seria ao acaso. Logo, como o valor da estatística DW do modelo reporta um valor de 1,15, resta corroborado os resultados da estatística de correlação de Pearson indicada anteriormente, demonstrando que existe uma correlação positiva intermediária.

A equação da nova regressão conforme coeficientes descritos na tabela nº 27, corresponde a:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 \quad (X)$$

$$\text{IDSR médio por CRAS} = 0,453 + 0,00002009 * (\text{Componente I do PBV}) + 0,370 * (\text{IDSO médio})$$

Onde:

$Y = \text{IDSR médio por CRAS.}$

$\beta_0 = \text{intercepto.}$

$\beta_1 = \text{variação no IDSR médio CRAS em relação à variação de um ponto percentual no Componente I do PBV.}$

$\beta_2 = \text{variação no IDSR médio CRAS em relação à variação de um ponto percentual no IDSO médio.}$

$x_1 = \text{Componente I do PBV.}$

$x_2 = \text{IDSO médio.}$

Logo, considerando a modelagem gerada pela regressão múltipla, infere-se que o implemento nos níveis de oferta (IDSO) assim como o implemento de recursos (neste estudo, demonstrado apenas para o Comp. I do PBV) de financiamento dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), podem fomentar o aumento dos índices de desenvolvimento social (IDSR) da comunidade que atende.

Vale lembrar que, tais modelos podem ser melhorados a partir da precisão dos valores de recursos que são aplicados na política assim como a própria melhoria na disponibilidade dos dados, como argumentado anteriormente.

É notável que a melhora na qualidade dos dados disponibilizados pelos Censos SUAS-Centro de Convivência e CadÚnico, incluindo planejamento dos indicadores necessários, consistência, segurança quando do preenchimento dos formulários e atualização cadastral, podem sobremaneira favorecer um modelo melhor para o monitoramento a nível de oferta de serviços e a nível de usuário, possibilitando inclusive a análise de suas relações.

Logicamente, muito da variação do IDSR é proporcionado por outras políticas públicas ligadas às dimensões de habitação, saúde, educação, renda e fatores personalíssimos, porém a assistência social monitorada e repensada conforme as variações das demandas para o alcance do seu objetivo primordial de proteção, em especial dos mais vulneráveis, pode e deve abrir caminhos para a redução da desigualdade social no país.

4.2.7 Explorando qualitativamente a importância dos Centros de Convivência para pessoas idosas no desenvolvimento local

Após as análises quantitativas, para uma busca mais aprofundada acerca da importância destes centros de convivência para a vida dos idosos frequentadores, foram realizadas visitas *in lócus* a quatro centros de convivência. Foram visitados dois que apresentaram os maiores escores do IDSO e os outros dois de menores medidas, a fim de se ratificar as condições de que um aparelho com maior nível estrutural, de investimentos e de pessoal, de fato apresentam melhores níveis de oferta com a expectativa de influenciarem mais positivamente para com o desenvolvimento social e econômico dos usuários.

4.2.7.1 Centro de Convivência Dirceu Arcoverde

O Centro de Convivência Dirceu Arcoverde, de grande porte, localiza-se na zona sudeste da capital, especificamente na Rua Breno Teodomiro de Carvalho, nº 2339, bairro Dirceu I. Em visita, foi constatado que o último relatório mensal de atividades (RMA) apresentou cadastro de 340 (trezentos e quarenta) idosos, dos quais 233 (duzentos e trinta e três) com frequência confirmada no mês de março do ano em curso. Destaca-se atenção para o fato de que destes 233 (duzentos e trinta e três) idosos, apenas 13 (treze) são do sexo masculino, enquanto que a grande maioria, 220 (duzentos e vinte) é do sexo feminino. Dos idosos

atualmente inscritos, 20 (vinte) são cadastrados com indicação de risco social, ou seja, em situação de iminente ameaça ou infringência a direitos.

No que diz respeito à estrutura, é de fato o Centro de maior capacidade de atendimento (para aproximadamente quatrocentas pessoas). Possui amplo espaço de recepção, 05 (cinco) salas de atendimento, salas administrativas, 02 (dois) banheiros, acessibilidade para cadeirantes, computadores conectados à internet, impressora de uso coletivo e telefone.

No que tange às atividades de gestão, foi possível identificar que os colaboradores recebem capacitação no mínimo anualmente, realizam reuniões quinzenais para planejamento, sendo algumas mais importantes com registro em ata para posterior consulta (se necessário). A gestão se autodenomina do tipo democrática, considerando que as decisões mais importantes são tomadas em conjunto com a gestão do CRAS, envolvendo também os profissionais do Centro e usuários, de forma alinhada ao planejamento central da Gerência de Proteção Social Básica da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCASPI).

Evidentemente o corpo funcional, que em sua maioria (mais de oito) é de nível superior, promove ações planejadas e orientadas adequadamente, sendo um ponto forte para a consecução da política de assistência social básica, que somado à estrutura relevante que possui, boa localização, com um perfil de gestão democrática e focada em resultados, contribui para o fortalecimento dos vínculos familiares ao qual a política se propõe, resultando em consequente melhoria da qualidade de vida destes cidadãos e a comunidade.

No que se refere à prática das oficinas, na data da visita os idosos se encontravam em plena atividade, realizando artesanato com garrafas e materiais artísticos, confeccionando jarros, e outros objetos de decoração, os quais segundo o profissional de educação social, poderão ser repassados aos idosos e suas famílias para que possam utilizá-los ou comercializá-los. Tal atividade, além de promover um exercício de cunho social, espiritual, físico e intelectual, é ainda uma oportunidade para incremento nos rendimentos, ou mesmo na autoestima destes indivíduos. Impressionante a habilidade desenvolvida por eles, assim como a potencial capacidade de produção em maiores escalas.

4.2.7.2 Centro de Convivência Grupo de idosos “Adeus Solidão”

Já o Centro de Convivência grupo de idosos “Adeus Solidão”, de pequeno porte, localiza-se na zona leste, à rua Osvaldo Costa e Silva, no bairro Piçarreira I. Na recepção, ao som de um “forró raiz”, musicalidade típica do nordeste, cerca de 6 (seis) idosos se

descontraíam ativamente dançando e socializando cultura entre si, numa alegria e afeições que contrastavam com a humilde estrutura disponibilizada, num local relativamente pequeno e visivelmente necessitando de reparos estruturais. É válido registrar que o funcionamento do Centro de Convivência dá-se somente às terças e quintas-feiras.

Um registro fotográfico da fachada reflete uma representação visual das condições físicas do centro, que devem ser reavaliadas e relacionadas com os resultados alcançados efetivamente pela Coordenação do Centro, pois mesmo apresentando carência estrutural, as atividades realizadas são importantes e recebem esforço gerencial para as mesmas aconteçam, e cumpram sua finalidade social.

Foto nº 01: Centro de Convivência “Adeus Solidão”



Fonte: Própria (2019).

4.2.7.3 Centro de Convivência “Casa de Metara”

O Centro de convivência Casa de Metara, de grande porte, localiza-se no bairro Redenção (zona sul), entre as quadras P e N, possui estrutura física adequada à consecução dos objetivos da política de proteção social básica, com salas adequadas para o funcionamento da coordenação administrativa, do atendimento ao público, da recepção, e atividades ligadas às oficinas, além da existência de um pátio para recreação.

No ano de 2018, o Centro de Convivência Casa de Metara esteve com suas atividades reduzidas, passando recentemente por um processo de readequação com o recebimento da pasta do CRAS SUL IV, que passou a funcionar neste espaço a partir do dia 24 de agosto de 2018.

Dentre as atividades, a realização de oficinas de artesanato e cultura, higiene e embelezamento, e outras, são práticas que apresentam ótimos resultados sociais e econômicos. Pois, ao participarem das oficinas os idosos exercitam a convivência, a coordenação motora, as manifestações culturais e intelectuais, além de produzirem agregação de valor por meio de bens e serviços por eles produzidos, como por exemplo, a customização de uma mesa (foto nº 2) para refeições do próprio centro de convivência Casa de Metara, e a oficina de beleza conforme ilustrada na foto nº 3.

Foto nº 02: Mesa customizada com mosaico em cerâmica no Centro de Convivência Casa de Metara

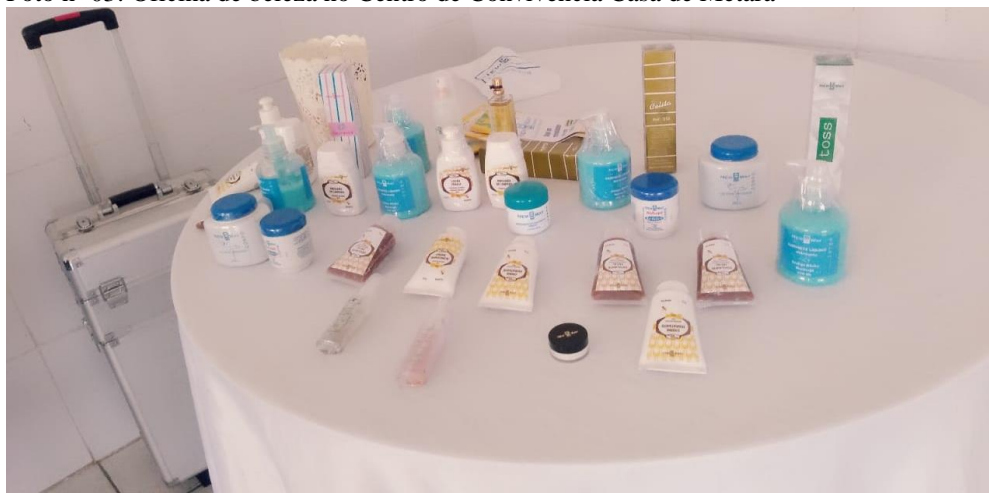


Fonte: Cedida pela coordenação do Centro de Convivência. Visita do dia 12-04-2019.

Na foto nº 02, a mesa customizada com mosaico feito em cerâmica, produzida pelos idosos em oficinas mediadas pela equipe de orientação social do centro de convivência, é utilizada para refeições e reuniões pelos próprios usuários e profissionais do centro. Sempre limpa e centralizada num amplo espaço, demonstra o potencial artístico e cultural dos idosos, constituindo-se, de fato, num artefato simbólico do ambiente.

As habilidades desenvolvidas nestas práticas são levadas para o ambiente familiar, e muitas vezes se transformam em oportunidades de negócios pelos membros das famílias. Diversas oficinas são realizadas, ancorada em eixos temáticos transversais, incluindo sustentabilidade, respeito, coletividade, saúde física e mental, espiritualidade, e outras.

Foto nº 03: Oficina de beleza no Centro de Convivência Casa de Metara



Fonte: Cedida pela coordenação do Centro de Convivência. Visita do dia 12-04-2019.

Na oficina de beleza, conforme demonstrado na foto nº 03, são trabalhadas além de temas sobre saúde e higiene pessoal, a melhora da autoestima individual e do grupo familiar, além do aprendizado sobre técnicas de tratamento estético com profissionais capacitados.

4.2.7.4 Centro de Convivência “Promorar”

O Centro de Convivência “Promorar”, médio porte, localiza-se à rua Sessenta e três, nº 2050, no bairro Promorar, na zona sul de Teresina.

É válido registrar que, no momento da visita não ocorria nenhuma atividade com idosos, estando a equipe de gestão planejando uma atividade de acolhida e café da manhã a ser realizada no dia seguinte, o que é uma prática comum, visto que conforme as atividades a serem realizadas, as gestoras precisam garantir que os idosos estejam em bom nível nutricional para a consecução das mesmas.

Acerca da estrutura, pode-se constatar a ausência de um espaço específico para recepção, que ocorre na própria sala de administração. Possui ainda 6 (seis) salas de atendimento, 2 (dois) banheiros (um masculino e um feminino), possui acessibilidade para cadeirantes, 1 (um) computador com acesso à internet e 1 (uma) impressora.

Foto nº 04: Centro de Convivência Promorar



Fonte: Própria (2019).

Conforme política de gestão de pessoas da SEMCASPI, também se encontra no plano de capacitação profissional do órgão, cursos para qualificação dos profissionais da rede socioassistencial, em especial para os do serviço de proteção social básica, como é o caso dos Centros de Convivências.

Sobre a reunião de planejamento, as equipes do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos elaboram mensalmente os planos de atividades.

No que diz respeito ao modelo de gestão, a equipe se caracteriza mais fortemente pelo modelo democrático, considerando que as decisões são tomadas em equipe de forma alinhada aos programas e políticas de assistência social básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o fenômeno mundial do envelhecimento populacional, e em especial o brasileiro, que somado ao contexto social consideravelmente comedido em relação ao de países desenvolvidos, têm-se frente ao avanço da longevidade, vários desafios em âmbitos privado e estatal.

Na esfera estatal, é preciso avançar muito além da simples instituição legal de normas que objetivem a proteção dos idosos, é necessário buscar sua efetivação, integração das instituições que fazem a rede de proteção, criar meios que potencializem cada vez mais e mais as capacidades, especialmente as experienciais, as quais a senilidade detêm para ajudar no desenvolvimento do país. Logo, necessário se faz consolidar o papel de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) e de Direito, como explica Flávia Piovesan (2004, p. 36 e 38), nos desafios de:

[...] reforçar a responsabilidade do Estado na implementação dos direitos econômicos, sociais e culturais e do direito à inclusão social, bem como no reconhecimento da pobreza como violação de direitos humanos [...] e no de Fortalecer o Estado de Direito e a construção da paz nas esferas global, regional e local, mediante uma cultura de direitos humanos.

No âmbito privado, é essencial o aperfeiçoamento da cultura no sentido de prover respeito às diversidades e a consolidação e fortalecimento dos bons vínculos familiares, principalmente pautados em termos principiológicos, como tolerância, solidariedade, respeito e fraternidade, os quais são princípios básicos que conformam um todo que refrearia em muito os preconceitos e as violências vividas pelas pessoas idosas brasileiras. Tais princípios levariam as pessoas a se reconhecerem como tal, em condição de igualdade e não como objeto, como explica Siqueira (2016, p. 155):

O homem, em determinadas situações e condições, vai, aos poucos, esquecendo-se de reconhecer no seu próximo a sua imagem e semelhança, passando a perceber no outro não uma “pessoa”, mas um “objeto”. E aprende a tratar o outro como “coisa”, sem externar sentimentos para com o “sujeito coisificado”.

As pesquisas sobre envelhecimento tem-se mostrado cada vez mais comuns e necessariamente diversificadas pela transversalidade temática. A Gerontologia, a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia, Serviço Social e a Medicina como um todo, e pela sua especialidade denominada Geriatria, estão à frente nestes estudos, mas mister se faz o avanço para outras áreas, como o caso da Administração e em especial da Gestão Pública, visto que o Estado tem um papel preponderante frente aos meios de proteção social e justiça.

Neste sentido, em Teresina existem pesquisas deveras muito relevantes para tal avanço, como são os estudos Silva e Yazbek (2014), Lima e Silva (2014), Siqueira (2016), Siqueira e

Coutinho (2014), Amaral (2014) e outros de extrema relevância, dispersos em áreas como Políticas Públicas, Direito, Ciências Sociais etc.

No que se refere à rede de proteção social do idoso, diferentemente de outras redes, como a de proteção jurídica, que apresenta indícios de desconexão, sendo percebida apenas no âmbito do Poder Judiciário por mera competência funcional, e apesar do número extensivo dessas instituições, tal rede apresenta sistema de comunicação deficitário (SIQUEIRA, 2016, p. 215), enquanto que o Sistema Único de Assistência Social se apresenta como uma forte rede provida de diversos sistemas informacionais, inclusive do tipo *on line*, através dos quais os serviços se conectam e utilizam informações que vão de níveis básicos até os mais profundos, com dados sobre condição de vulnerabilidade, com identificação das famílias e respectiva situação, mediante controle de acesso conforme perfil profissional. No conjunto, são conhecidos como ferramentas para o controle social no SUAS: sistema de cadastro do SUAS (CadSUAS); Matriz de Informações Sociais (MI Social); Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social (CNEAS); ferramenta de levantamento de dados sobre o SUAS (CENSOSUAS); SUASWEB, um sistema que faz parte da Rede SUAS, sendo um conjunto de sistemas e aplicativos para implementação da Política Nacional de Assistência Social; o CECAD, ferramenta de consulta, seleção e extração de informações do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal; o SISC, Sistema para acompanhamento e gestão do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos-SCFV; Sistema de Registro Mensal de Atendimentos – RMA; Vigilância Socioassistencial – SNAS; ferramentas SAGI, conjunto de sistemas de auxílio às atividades gestão: ferramentas para coleta, integração e visualização de dados; Instrumentos e Indicadores de Monitoramento; Avaliação, Capacitação e Disseminação; e ferramenta de Gestão Interna da SAGI; e outros que se constituem na Rede SUAS.

Todavia, os problemas que acometem os idosos vulneráveis e outros estratos sociais, geralmente desencadeiam-se em dimensões múltiplas que necessitam engajamento de instituições distintas, como a saúde, a educação, a segurança, e outras, sendo que somente por meio do compartilhamento de informações e de corresponsabilidade da comunicação entre estas instituições, poderá formar-se uma rede ampla e completa para cobertura da proteção integral ao idoso e a outros segmentos em situação de vulnerabilidade.

Os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) são meios de acesso rápido, de organização e disponibilização de dados, sendo filtro das condições de vulnerabilidade para o devido encaminhamento, se portando como instrumentos de gestão fundamentais para o avanço em assistência social pelos entes mais próximos do cidadão, os municípios.

Os Centros de Convivência, mediante o processo de observação aplicado, apresentaram-se como instrumentos de elo entre o poder estatal e as famílias, engajando as responsabilidades dos cuidados a nível comunitário, reatando, construindo ou desenvolvendo vínculos de apoio familiares e comunitários, por meio de ações de estímulo, capacitação e cuidados que potencializam as capacidades dos usuários e de seus familiares, numa linha principiológica de fraternidade e reconhecimento do próximo como humano.

Como visto nas análises quantitativas, os Centros de Convivência também se comportaram como instrumentos importantes para o desenvolvimento social, haja vista que mesmo atuando essencialmente na proteção social básica de pessoas em situação de vulnerabilidade social, onde em tese os níveis de desenvolvimento são baixos, a simples atuação na busca de minimizar os efeitos ou mesmo solucionar a causa da condição de fragilidade, coloca um efeito positivo, diminuindo esta lacuna, na direção da igualdade, para que após alcançada, os beneficiários tenham condições de angariar maiores níveis de desenvolvimento.

Sobre a localização e dimensionamentos dos Centros de Convivência públicos de Teresina, as análises demonstram que estão a contento com a demanda social, com distribuição espacial considerando os níveis demográficos de idosos por zona, além do que se apresentam com vagas disponíveis, demonstrando que a capacidade está atendendo aos níveis de procura.

Algumas dificuldades encontradas são de importante evidência, o que poderá certamente servir de sugestão de problemas para futuras pesquisas que venham a enriquecer ainda mais a “academia sobre envelhecimento” no Brasil. Dentre estas dificuldades, ressalta-se a inconsistência das informações disponibilizadas nos sistemas (dados pesquisados), visto que é evidente a existência de problemas nos processos de alimentação ou coleta dos dados, o que foi revelado pela ausência de dados para alguns CRAS e Centros de Convivência, tanto no CádÚnico, que impossibilitaram os cálculos de IDSR para os anos de 2014 e de 2016, e ausência de marcações em respostas importantes, quanto nos Censos SUAS–Centros de Convivência (2014 a 2017), que nas edições de 2015 em diante retirou a questão que indicava a quantidade de usuários em atendimento por faixa etária, além da possível existência de problemas na coleta, demonstrados pelo preenchimento incompleto de informações ou confusão quanto a escolha das repostas. Por exemplo, o fato de alguns CCIs terem sido assinalados como públicos em uma edição e na outra como não governamental, podendo indicar que houve privatização, estatização ou mesmo erro de preenchimento.

Os resultados da análise sobre os IDSOs, demonstraram um incremento dos níveis de oferta dos serviços realizados a idosos pelos Centros de Convivência estudados, passando de 35 (trinta e cinco) CCIs com IDSO classificados como ruim no ano 2014 para apenas 8 (oito)

em 2017, indicando uma melhoria na faixa de 77,14% (setenta e sete vírgula quatorze por cento), apesar da diminuição do número de centros de convivência de 38 (trinta e oito) em 2014 para 34 (trinta e quatro) em 2017. Em 2014, eram 35 (trinta e cinco) classificados como ruins e 3 (três) em nível bom, já em 2017, os registros são de apenas 8 (oito) classificados como “ruins” e 26 (vinte e seis) com IDSO “bom”.

O modelo de mensuração por Índice de Desenvolvimento Social (de oferta e de resultados) apresentou comportamento estatístico (normalidade) de forma que podem ser utilizados para certa predição de suas variações. No entanto poderiam ser mais precisos, caso a disponibilização de mais informações sobre as dimensões saúde fossem melhor organizadas e disponibilizadas nos sistemas para mensuração do IDSR.

Os Índices de Desenvolvimento Social de Resultado agregados por seus valores médios por CRAS, apresentaram melhoras em seus resultados quando comparados entre os anos 2015 e 2017, em parte explicadas pelos avanços dos níveis de oferta e dos aumentos dos níveis de financiamento, o que é condizente com o modelo explicativo da regressão múltipla, que tem o potencial preditor com valor de $R^2=0,407$, que demonstra o grau de ajustamento da reta do modelo, indicando a proporção da variável dependente, que é explicada pelas variáveis de predição no valor de 0,407, ou seja, cerca de 40,7% (quarenta vírgula sete por cento) da variação total da variável dependente (IDSR) pode ser explicada pelas mudanças ocorridas nas variáveis explicativas inseridas no modelo (em especial os níveis de oferta de serviço IDSO e financiamento por meio do Componente I do PBV).

De certo, os níveis de correlação e significância encontrados são importantes para fomentar as pesquisas e elaboração de modelos de escalas e análise das relações entre os níveis de oferta de serviços e os resultados obtidos na sociedade. Mesmo sendo o potencial explicativo de apenas 40,7% (quarenta vírgula sete por cento) da variação total de IDSR, não se chegando ao ponto de se determinar que este é o fator preponderante, futuras pesquisas poderão aprofundar-se para verificar a dinâmica social e os respectivos fatores que pesam sobre o desenvolvimento social, buscando sistematizá-los a fim de apoiar a melhoria das políticas públicas e torná-las mais eficientes, eficazes e efetivas.

Os resultados apontam para uma dedução de que IDCRAS não se mostrou tão significativa ao nível de desenvolvimento social dos idosos, em parte podendo ser explicado pelo fato da grande parte dos idosos (objeto do estudo) terem de fato um atendimento mais sensível à oferta dos serviços do SCFV por intermédio dos CCIs, que são de *locus* mais próximos aos idosos.

A distribuição de renda *per capita* dos idosos estudados mostrou-se muito próximo da linha de perfeita distribuição medida pelo índice de Gini nos anos 2015 e 2017, indicando que, sendo a renda *per capita* um critério para classificação de vulnerabilidade social, há uma generalização do perfil econômico familiar desses idosos, podendo haver indícios de exclusão de pessoas idosas em vulnerabilidade social não ligada diretamente à baixa renda, mas a outros fatores como violência, isolamento, maus tratos etc.

As análises da distribuição de renda (no nível individual) por grupo de idosos nos anos 2015 e 2017 mostraram-se muito análogas, sendo os índices de Gini 0,4331 e 0,4058, respectivamente. Tais valores podem ser reflexo das medidas de desigualdade de renda no Brasil como um todo, que nos anos 2014 e 2015 obteve índice de Gini no valor de 0,497 e 0,491 conforme plataforma SIDRA – IBGE⁴.

O processo de decomposição do índice de Gini por grupos de CRAS, demonstrou que a diferença da distribuição de renda entre os CRAS (localização) tem forte poder de inferência sobre o índice Gini Geral dos indivíduos estudados (88,14%), indicando que alguns CRAS possuem medida de concentração de renda maiores que de outros, valor superior ao valor de $\sum_{h=1}^k \pi_h y_h G_h$ que foi de 0,0278, representando que o Índice de Gini dentro dos grupos, como uma média ponderada pela fração de renda e de população dos Índices de Gini dentro de cada grupo, demonstra baixo peso deste índice na composição do índice de Gini Geral, sendo então equivalente a apenas 6,85% (seis vírgula oitenta e cinco por cento) do índice de Gini Genérico. Enquanto que o G_s (que são os resíduos ou sobreposições) calculado no valor de 0,0203, equivale a apenas aproximadamente 5% (cinco por cento) do índice de Gini total.

Na análise e decomposição do índice de Gini em grupos por nível de educação, ficou demonstrado forte grau de associação aos níveis de educação com o formato da distribuição de renda, revelando que quanto maior a diferença de escolaridade, maior será o grau de concentração de renda nas pessoas com maior escolaridade. A decomposição do índice de Gini demonstrou que o maior peso da desigualdade geral está na desigualdade entre os grupos, 70,65% (setenta vírgula sessenta e cinco por cento).

O valor de $\sum_{h=1}^k \pi_h y_h G_h$ em 0,0278 ficou como segundo maior poder explicativo dos níveis de distribuição nesta ótica de decomposição por níveis educacionais, valor este que revelou o índice de Gini dentro dos grupos como sendo de baixo peso na composição do índice de Gini geral, equivalente a apenas 6,85% (seis vírgula oitenta e cinco por cento).

⁴ Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Contendo bancos e tabelas estatísticas com ferramentas de cruzamento informacional. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5801#resultado>>. Acesso em: 03 jan. 2019.

O terceiro na classificação quanto ao quesito de sobreposição, o Gs (que são os resíduos ou sobreposições) calculado no valor de 0,0203, equivale a aproximadamente 5% (cinco por cento) do Índice de Gini geral.

Na decomposição por faixas de idade, as diferenças entre os grupos demonstram que as pessoas na faixa de 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos experimentam uma maior desigualdade na distribuição de renda dentro do próprio grupo, além de possuírem um maior nível de apropriação de renda, provavelmente por ser o grupo formado por idosos mais jovens, e alguns ainda estarem obtendo receitas por atuação no mercado de trabalho e não apenas pela aposentadoria.

A regressão múltipla envolvendo as variáveis analisadas (IDSR, IDSO, Renda, Componente I do PBV, IDCras) demonstrou que incrementos nos níveis de oferta dos serviços e cofinanciamento variável proveniente da União para a manutenção do SCFV possuem efeitos positivos para o desenvolvimento social de resultado. Sendo o IDSO o fator mais preponderante quanto ao nível de significância, com destaque para a oferta de serviços na dimensão educação (oferta de oficinas, mini cursos, palestras, reforço, alfabetização) e habitação (quando integrado aos serviços de acolhimento), enquanto que no indicador de saúde, a oferta de atividades esportivas e de acompanhamento da saúde são formidáveis para o modelo, principalmente pela integração com um posto de saúde de atenção básica. A dimensão trabalho e renda apresentou baixos registros de integração ao programa Acessuas Trabalho, o que pode ser um fator importante de sugestão à gestão quanto à efetiva integração deste programa aos demais centros de convivência.

Desta forma, as respostas encontradas são ratificadas por estudos da relação gasto público *versus* desenvolvimento, ou seja, a relação entre os gastos públicos e o crescimento social e econômico, que por sinal é deveras bastante evidenciada cientificamente e corroborada por estudiosos recentes, como Degenhart *et al.* (2016, p. 236) que citam estudo de Baldacci *et al.* (2008), onde analisaram 118 (cento e dezoito) países em desenvolvimento de 1971 a 2000 e confirmaram que os gastos públicos com educação e saúde oferecem impactos positivos e relevante sobre o crescimento econômico, afirmando que políticas macroeconômicas são fatores que incutem efeitos positivos sobre o crescimento da economia.

Como explica Degenhart *et al.* (2016, p. 234), existem muitos estudos nacionais como os de Cândido Jr. (2001), Marques Jr., Oliveira e Jacinto (2006), Rocha e Giuberti (2007), Bogoni *et al.* (2011), e vários outros internacionais, como os de Aschauer (1989), Devarajan, Swaroope Zou (1996), Abu-Bader e Abu-Qarn (2003), Ventelou e Bry (2006), Baldacci, Clements, Gupta e Cui (2008), que investigam a relação existente entre o crescimento

econômico e os gastos públicos, e comprovam, em sua grande parte, a influência positiva dos gastos públicos sobre o desenvolvimento, sobretudo econômico. No entanto, como explica Bogoni *et al.* (2011, p. 161), poucos ainda são os estudos com base de dados locais, ou seja, em âmbito municipal.

Finalizando, a resposta ao problema principal da pesquisa mediante espelhamento da análise quali-quantitativa com as vias teóricas referenciadas, é positiva ao ponto de se afirmar que estes aparelhos públicos, os Centros de Convivência que assistem pessoas idosas, são importantes para o desenvolvimento social e econômico, não só aos idosos, mas também a outros grupos etários atendidos às vezes pelos mesmos instrumentos, ou outros específicos. Mesmo não sendo resultados tão expressivos quanto aos níveis de correlação e de predeterminação, a relevância do cuidado é além de tudo uma ação humanitária *per se* positiva para com a sociedade que almeja o desenvolvimento. Tal desenvolvimento submerge-se numa zona de vulnerabilidade ao ponto de ser dificilmente percebido, porém existente, diminuindo o *gap* de desigualdade social das pessoas em situação de pobreza, ou outro tipo de risco social.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Maria Fernanda Brito do. **Benefício de prestação continuada e o direito à assistência social: legitimidade dos condicionantes de concessão do BPC ao idoso e ao deficiente em Teresina (PI)**. Tese de Doutorado. Teresina: Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2014. Disponível em: <http://tedeabc.ufma.br:8080/jspui/bitstream/tede/791/1/TESE%20MARIA%20FERNANDA%20BRITO%20DO%20AMARAL.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.
- ANDRADE, Sandro Angelo de; TEIXEIRA, Arilton; FORTUNATO Graziela. Influência dos gastos públicos sociais sobre o PIB dos municípios do estado de Minas Gerais. **Revista Economia & Gestão**. v. 14, n. 35, abr./jun., 2014, p. 112 a 130. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/view/P.1984-6606.2014v14n35p112>. Acesso em: 01 abr. 2019.
- ANDRADE, Edson de Oliveira; GOUVEIA, Valdiney V.; D'ÁVILA, Roberto Luiz; CARNEIRO, Mauro Brandão; MASSUD, Munir; GALLO, José Hiran. Índice de desenvolvimento em saúde: conceituação e reflexões sobre sua necessidade. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** Brasília, v. 58, n. 4, 2012, p. 413-421. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a10.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.
- BARRO, Robert J. Government spending in a simple model of endogenous growth. **The Journal of Political Economy**, v.98, n.5, part 2, 1990. Disponível em: <https://dash.harvard.edu/handle/1/3451296>. Acesso em: 01 abr. 2019.
- BANCO MUNDIAL. **Um Ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil: volume I (síntese)**. Washington, D.C.: World Bank Group, 2017. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/884871511196609355/Volume-I-s%C3%ADntese>. Acesso em: 01 abr. 2019.
- BRAGA, Cristina; LAUTERT, Liana. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. N. 25 (1). Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004, p. 44-55. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4493/2430>. Acesso em: 25 set. 2018.
- BRASIL. **Caderno de Gestão Financeira e Orçamentária do SUAS**. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2013. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Caderno_GestaoFin_Suas.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.
- _____. **Caderno de Orientações: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Brasília, DF: MDS, 2016. Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/cartilha_paif_2511.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/concepcao_fortalecimento_vinculos.pdf. Acesso em: 23 jul. 2018.

_____. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009. 424 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/concepcao_gestao_protecao_social.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Suas (NOB/Suas)**. Reimpresso em 2009. Brasília: MDS, 2009a. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/comissoes-tematicas/comissao-de-politica/norma-operacional-basica-de-recursos-humanos-do-suas-nob-rh-suas.pdf/download>. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010.

_____. **Decreto nº 5.085, de 19 de maio de 2004**. Define as ações continuadas de assistência social. Diário Oficial da União: Seção 1, de 20/5/2004, página 3. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2004. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5085-19-maio-2004-532355-norma-pe.html>. Acesso em: 01 abr. 2019
BRASIL. Defensoria Pública (PI). **Plano estratégico 2016/2020** – Teresina, Eclética, 2016a. 72 p. Disponível em: <http://www.defensoria.pi.def.br/wp-content/uploads/2016/plano-estrategico%202016.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 26 out. 2016.

_____. **Guia de políticas e programas**. Brasília, DF: MDS, Assessoria de Comunicação, 2017a.

_____. **Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994**. Brasília: Congresso Nacional, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp80.htm. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991**. 3. ed. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1991/lei-8213-24-julho-1991-363650-norma-pl.html>. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**. Lei nº. 8.742 de 07 de dezembro de 1993. 3. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016b. Disponível em:

http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/15641/lei_organica_loas_3ed.pdf?sequence=18. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. **Manual do SISC: Sistema de Informações do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos Perfil Gestor Municipal**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS); Departamento de Gestão do SUAS (DGSUAS), 2015. Disponível em: http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2014/02/SISC-Manual_Gestor_Municipal_v-3_-23.09.2015.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **ACESSUAS trabalho: orientações técnicas**. Programa Nacional de Promoção do Acesso do Mundo do Trabalho. Brasília, DF: MDSA, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Caderno_Orientacoes_ACESSUAS_fev17.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Censo Suas 2017 - Centro de Convivência: Manual de preenchimento do questionário Centros de Convivência**. Brasília, DF: 2017c.

_____. **Nota Técnica n. 27/2015/DGSUAS/SNAS/MDS**. Metodologia de cálculo relativa aos novos indicadores de desenvolvimento das unidades CRAS e CREAS – IDCRAS e IDCREAS referentes ao ano de 2014. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Coordenação Geral dos Serviços de Vigilância Social, Departamento de Gestão do Sistema Único de Assistência Social, Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS, 2015a. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/dicivip_datain/ckfinder/userfiles/files/Vigil%C3%A2ncia%20Socioassistencial/NT%20IDCRAS%20e%20IDCREAS_final.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Norma Operacional Básica - NOB/SUAS-2012**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2012.

_____. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994a. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm. Acesso em: 22 jul. 2018.

_____. **Perguntas frequentes: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), Departamento de Proteção Social Básica (DPSB), 2017d. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/perguntas_e_respostas/PerguntasFrequentesSCFV_032017.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004): Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/Suas)**. Brasília: MDS, 2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 20 jun. 2018

_____. **Portaria MDS nº 134/2013**. Dispõe sobre o cofinanciamento federal do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV, por meio do Piso Básico Variável - PBV,

e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1. Ano 232. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2013a. Disponível em:
<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/portarias/portarias/2013-11-28-11-2013-mds-134.pdf/download>. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Portaria MDS nº 113/2015**. Regulamenta o cofinanciamento federal do Sistema Único de Assistência Social - SUAS e a transferência de recursos na modalidade fundo a fundo e dá outras providências. Diário Oficial da União: de 11 de dezembro de 2015, Seção I. Ano 237. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2015b. Disponível em:
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=11/12/2015&totalArquivos=208>. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Portaria MDS nº 967/2018**. Altera a Portaria nº 36, de 25 de abril de 2014, e a Portaria nº 113, de 10 de dezembro de 2015, que dispõe acerca dos procedimentos a serem adotados no âmbito do Sistema Único da Assistência Social, decorrentes do monitoramento da execução financeira realizada pelo Fundo Nacional de Assistência Social. Diário Oficial da União: de 28 de março de 2018, Seção I. Ano CLV nº 60. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2018. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/portarias/portarias/2018-03-22-03-2018-mds-967.pdf/view>. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Resolução nº 109/2009 do Conselho Nacional de Assistência Social**. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União de 22 de novembro de 2009: Seção 1, 2009. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2009b. Disponível em:
http://www.mds.gov.br/cnas/viii-conferencia-nacional/manual-orientador/legislacao_resolucao-cnas-109-2009.pdf/download. Acesso em: 01 abr. 2019.

BOGONI, Nadia Mar; HEIN, Nelson; BEUREN, Ilse Maria. Análise da relação entre crescimento econômico e gastos públicos nas maiores cidades da região Sul do Brasil. **Revista de Administração Pública-RAP**. Rio de Janeiro 45(1):159-79, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/2397/analise-da-relacao-entre-crescimento-economico-e-gastos-publicos-nas-maiores-cidades-da-regiao-sul-do-brasil>. Acesso em: 15 jun. 2018.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados**. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

CÂNDIDO Júnior, José O. (2001). Os gastos públicos no Brasil são produtivos? **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, n. 23, p. 233–260. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/77/88>. Acesso em: 01 abr. 2019.

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. de. Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus. **Revista Kairós Gerontologia**. n.12. v. 2. São Paulo: PUC-SP, 2009, p. 119-33. Disponível em:
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/issue/archive?issuesPage=2#issues>. Acesso em 16 out. 2018.

CCE - Conselho das Comunidades Europeias. **Uma Europa para todas as idades: Promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações**. Bruxelas: Conselho das Comunidades Europeias, 1999. Disponível em:

http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/com221_pt.pdf. Acesso em: 17 out. 2018.

CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e o Caribe. **Declaração de Brasília sobre o Envelhecimento**. Segunda Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe: uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos. Brasília: CEPAL, 2007. Disponível em: <http://www.rcdh.ufes.br/sites/default/files/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Bras%C3%ADlia%202008.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

COSTA, Ivy Silva. **Gasto Público e Desenvolvimento socioeconômico**: uma análise dos municípios do Estado do Paraná. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Viçosa, MG, 2011. Disponível em: <http://alexandria.cpd.ufv.br:8000/teses/administra%C3%A7%C3%A3o/2011/241854f.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018

CUNHA, Juciara de Lima Linhares; SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. **Direitos dos idosos e avaliação de políticas públicas em debate**. In: SILVA, Maria do Rosário de Fátima e; FERREIRA, Maria D'Alva Macedo; GUIMARÃES, Simone de Jesus (Orgs.). **Questão social e políticas públicas na atualidade**. Teresina: EDUFPI, 2017. p. 298 – 314.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe; ANACLETO, Geovana Mellisa Castrezana; WITTER, Carla; GOULART, Rita Maria Monteiro; AQUINO, Rita de Cássia de. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**. Campinas 30(3). p. 393-403, Julho–Setembro.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n3/v30n3a09.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

DEGENHART, Larissa; VOGT, Mara; ZONATTO, Vinícius Costa da Silva. Influência dos gastos públicos no crescimento econômico dos municípios da Região Sudeste do Brasil. **REGE - Revista de Gestão**. n. 23, 2016, p. 233–245. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1809227616300443>. Acesso em: 20 jun. 2018.

DELGADO, Rodrigo Morais Lima; BRITO, Rodrigo Lino de; SAGASTUME, Mariana Helcias Côrtes; MORAES, Bruno Pinto. Contribuição das emendas parlamentares ao orçamento do Sistema Único de Assistência Social. **Rev. Serv. Público**. Brasília 68 (4) 889-914 out/dez 2017. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3255/1/Contribui%C3%A7%C3%A3o%20das%20emendas%20parlamentares%20ao%20or%C3%A7amento%20do%20Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Assist%C3%Aancia%20Social.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

DOLL, Johannes; GOMES, Ângela; HOLLERWEGER, Leonéia; PECOITS, Rodrigo Monteiro; ALMEIDA, Sionara Tamanini de. Atividade, Desengajamento e Modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. v. 12. Porto Alegre: UFRGS, 2007, p. 7 – 33. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/issue/view/446>. Acesso em 16 out. 2018.

FAÇANHA, Antonio Cardoso. A evolução urbana de Teresina: passado, presente e ... **Carata CEPRO**. v.22, n.1, p.59-69, jan./jun. 2003. Teresina: CEPRO, 2003. Disponível em:

http://www.cepro.pi.gov.br/download/200806/CEPRO04_7f55491295.pdf. Acesso em 07 jan. 2019.

FERRAZ, Lucimare; PAULY, Ligiane; BADALOTTI, Rosana Maria; KOLHS, Marta. Homem idoso que trabalha no campo: vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. **Gênero e Direito**. v. 7. N. 01. Paraíba: Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/index>. Acesso em 03 jan. 2019.

FERREIRA, Stela da Silva. **NOB-RH Anotada e Comentada**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011. 144 p. ; 23. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NOB-RH_SUAS_Anotada_Comentada.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

GANDARA, Gercinair Silvério. Teresina: a Capital sonhada do Brasil Oitocentista. **História (São Paulo)** v.30, n.1, p.90-113, jan/jun 2011 ISSN 1980-4369. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/his/v30n1/v30n1a05.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Orgs.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

GOLDENBERG, Mirían. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa**. 8 ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. Disponível em: <http://www.ufjf.br/labesc/files/2012/03/A-Arte-de-Pesquisar-Mirian-Goldenberg.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

Global AgeWatch Index 2015: Insight Report. Londres: HelpAge International, 2015. Disponível em: <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/>. Acesso em: 19 jul. 2018.

HAIR, Josef F.; BABIN, Barry; MONEY, Arthur H.; SAMUEL, Phillip. **Fundamentos e métodos de pesquisa em administração**. Trad. Lene Belon Ribeiro. Porto Alegre: Bookman, 2005. 471 p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 1940**. Rio de Janeiro: IBGE, 1940. Disponível em: https://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Censo Demográfico 1991**. Rio de Janeiro: IBGE, 1991. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=782&view=detalhes>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: https://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. **Indicadores Sociais Municipais Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica

número 28. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

_____. **Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. n. 28. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>. Acesso em: 22 set. 2018.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios– PNAD**: população residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade - Brasil – 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em:
http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2013_v33_br.pdf. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios–PNAD**: rendimento de todas as fontes: 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101559>. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. **Projeção da População 2018**: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Estatísticas Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018a. Disponível em:
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. **Projeção da população por sexo e idades para o período de 2010/2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em: 20 ago. 2018.

IPECE - Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Inclusão social na ótica da gestão por Resultados: a experiência do Ceará**. Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), 2007. Disponível em: https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2014/02/TD_40.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Resultados do índice de desenvolvimento social: a mensuração da inclusão social no Ceará**. Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), 2009. Disponível em: https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2014/05/IDS_2007.pdf. Acesso em: 01 abr. 2017.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Características das instituições de longa permanência para idosos – região Nordeste**. CAMARANO, Ana Amélia (Coord.). Brasília: IPEA, 2008. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5585%3Acaracteristicas-das-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-regiao-nordeste&catid=304%3A2008&directory=1&Itemid=1. Acesso em: 24 set. 2018.

_____. **Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. Comunicados do IPEA. Série Eixos do Desenvolvimento Brasileiro, N. 93. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110524_comunicadoipea93.pdf. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini (Orgs.). Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em:
http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.PDF. Acesso em 20 ago. 2018.

_____. **Sociedade - A nova velha geração**. Ano 4. Ed. 32. Rio de Janeiro: IPEA, 2007. Disponível em:
http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1143:reportagens-materias&Itemid=39. Acesso em: 21 set. 2018.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **RAP**. Rio de Janeiro, 36(1):51-72, Jan./Fev. 2002. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em:
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6427>. Acesso em: 01 abr. 2019.

KALACHE, Alexandre. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4). Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, p. 1107-1111. Disponível em:
<https://pdfs.semanticscholar.org/e1c4/e09d57485fce379f41f2f15ec0b7e0eab81a.pdf>. Acesso em 16 out. 2018.

LIMA, Juliana Reis; SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. Conselho de Direitos da Pessoa Idosa: instrumento de participação e protagonismo. **Revista FSA (Faculdade Santo Agostinho)**, v. 11, p. 366-382, 2014. Disponível em:
<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/fsa/article/download/615/363>. Acesso em: 01 abr. 2019.

MARINHO, Emerson; JORGE NETO, Paulo de Melo. Gastos públicos e condições de vida nos municípios do estado do Ceará. **Revista de Administração Pública – RAP**. n. 33. Rio de Janeiro, p. 9-60. Maio/Jun. 1999. Disponível em:
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7641>. Acesso em: 01 abr. 2019.

MARQUES Junior, Liderau dos Santos; OLIVEIRA, Cristiano Aguiar de; Jacinto, Paulo de Andrade. O papel da política fiscal local no crescimento econômico de cidades: uma evidência empírica para o Brasil. In: Encontro Nacional de Economia, 34., Salvador, 2006. Anais. **Anpec**, 2006. Disponível em:
http://www.anpec.org.br/revista/vol10/vol10n1p49_68.pdf. Acesso em: 25 jun. 2018.

MATTOS, Jéferson Daniel de. Distribuição de renda: fatores condicionantes e comparação entre as regiões metropolitanas pesquisadas pela PED. **Documentos FEE**; n. 62. ISBN 85-7173-036-9. Porto Alegre: FEE, 2005. Disponível em:
http://cdn.fee.tche.br/documentos/documentos_fee_62.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

MITANO, Fernando; VENTURA, Carla Aparecida Arena; PALHA, Pedro Fredemir. Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. vol.26. n.3 Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00901.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

NEDUZIAK, Luiz Carlos Ribeiro; CORREIA, Fernando Motta. Alocação dos gastos públicos e crescimento econômico: um estudo em painel para os estados brasileiros. **Revista de Administração Pública – RAP**. n. 51. Rio de Janeiro, (4), 2017, p. 616-632. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122017000400616&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 abr. 2019.

NERI, Anita Liberalesso; FREIRE, Sueli Aparecida (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.

NISHI, Lisandro Fin. **Coefficiente de Gini**: uma medida de distribuição de renda. Florianópolis(SC): Universidade do Estado de Santa Catarina, Escola Superior de Administração e Gerência, Departamento de Ciências Econômicas, 2010. Disponível em: http://200.19.105.194/esag/arquivos/id_submenu/63/apostila_gini.pdf. Acesso em 22 mar. 2019.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Suzana Gontijo (Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 12 dez. 2017.

_____. **Guia Global Cidade Amiga do Idoso**. Genebra, 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf;jsessionid=564C4E1C489CC9CE07F03C23D6078C95?sequence=3. Acesso em: 08/06/2018.

_____. **Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-relatorio-sobre-envelhecimento-e-saude/>. Acesso em: 20 set. 2018.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Organização da Atenção Primária em Teresina. Teresina: OPAS/OMS, 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/organizacao-da-atencao-primaria-em-teresina/>. Acesso em: 05 jan. 2019.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 26-43.

PENA, Rodolfo F. Alves. Índice de Gini. **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilestela.uol.com.br/geografia/indice-gini.htm>. Acesso em: 22 mar. 2019.

PESSOA, Izabel Lima. **O envelhecimento na agenda da política social brasileira**: avanços e limitações. 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social). Instituto de Ciências Humanas; Departamento de Serviço Social; Programa Pós-Graduação em Política Social, Brasília: UNB, 2009.

PIAUÍ. **Constituição Estadual**. Diário Oficial do Estado do Piauí nº 186 de 05 de outubro de 1989. Disponível em:

<http://legislacao.pi.gov.br/legislacao/default/detalhe/14853>. Acesso em: 25 ago. 2018d.

_____. **Lei Complementar Nº 51 de 23 de agosto de 2005**. Disponível em:

<http://legislacao.pi.gov.br/legislacao/default/detalhe/13089>. Acesso em: 20 jul. 2018.

_____. **Lei Municipal nº 4597, de 3 de julho de 2014**. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/pi/t/teresina/lei-ordinaria/2014/460/4597/lei-ordinaria-n-4597-2014-estabelece-diretrizes-para-a-politica-municipal-de-promocao-da-saude-do-idoso-e-envelhecimento-saudavel-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 20 jul. 2018.

_____. Ministério Público Estadual Do Piauí – MPPI. **Centro de Apoio Operacional de Defesa da Pessoa com Deficiência e do Idoso – CAOPDI**. Teresina: MPPI, 2018.

Disponível em:

http://www.mppi.mp.br/internet/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=89&Itemid=251. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. **Política Estadual do Idoso**. Lei 5.244, de 13 de junho de 2002. Diário Oficial do Estado do Piauí. Disponível em:

http://servleg.al.pi.gov.br:9080/ALEPI/sapl_documentos/norma_juridica/1472_texto_integral. Acesso em: 25 ago. 2018c.

_____. **Polícia Civil do Piauí**: Delegacias especializadas. Disponível em:

http://www.pc.pi.gov.br/download/201710/PC23_8365293eb9.pdf. Acesso em: 14 jan. 2019.
JENNINGS, Mary e Cathy Gaynor. **Manual de Treinamento em Desenvolvimento Social**. Tradução de André Miccolis. Brasil: DFID, 2004.

PIOVESAN, Flavia. Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos. Sur, **Rev. int. direitos human. [online]**. 2004, vol.1, n.1, pp.20-47. ISSN 1806-6445. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452004000100003>. Acesso em: 04 abr. 2018.

PRADO, Shirley Donizete; SAYD, Jane Dutra. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, núm. 2. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 491 – 501.

RAIHE, Augusta Pelinski. Desenvolvimento Econômico de Santa Catarina e a Ação do Estado. **Gestão & Regionalidade**. vol. 29. Nº 86. mai-ago/2013, p. 4 a 18. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/1049. Acesso em: 01 abr. 2019.

RAMOS, Maria Patta. Métodos quantitativo e pesquisa em Ciências Sociais: lógica e utilidade do uso da quantificação nas explicações dos fenômenos sociais. **Revista de Ciências Sociais**, vol. 18, n. 1. Londrina: Mediações, 2013, p. 55 – 65. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/16807/13379>. Acesso em: 02 nov. 2018.

ROCHA, Fabiana; GIUBERTI, Ana C. Composição do Gasto Público e Crescimento Econômico: um estudo em painel para os estados brasileiros. In: Encontro Nacional de Economia, 33, Salvador, 2005. Anais. **Anpec**, 2007. Disponível em:

http://www.anpec.org.br/revista/vol13/vol13n3ap507_528.pdf. Acesso em: 25 jun. 2018

ROCHA, Fernando Vinícius da; SAES, Maria Sylvia Macchione. Desenvolvimento econômico e social por meio de investimentos em infraestrutura: o caso da BR-163. **Desenvolvimento em Questão**. Editora Unijuí, Ano 16. n. 42, jan./mar, 2018, p. 99 a 123. Disponível em:
<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/6248>. Acesso em: 01 abr. 2019.

ROMER, P. Endogenous Technological Change. **Journal of Political Economy**, vol. 98, n.5, p.S71- S102. October 1990. Disponível em:
<http://pages.stern.nyu.edu/~promer/Endogenous.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Nº. 25(4). Campinas: Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

SEMPPLAN - Secretaria Municipal de Planejamento. **História de Teresina**. Disponível em:
<http://semplan.teresina.pi.gov.br/historia-de-teresina/>. Acesso em: 08/06/2018.

SILVA, Erick Oliveira; SILVA, Gabriel Rodrigues da; VIEIRA, Nadja Rodrigues Carneiro. Expansão urbana da cidade de Teresina e suas transformações socioespaciais. **Regimes urbanos e governança metropolitana**. Encontro Nacional da Rede Observatório das Metrôpoles. Natal: UFRN, 2017. Disponível em:
https://cchla.ufrn.br/rmnatal/evento_2017/anais/ST2/expansao_urbana.pdf. Acesso em: 07 jan. 2019.

SILVA, Fábio Mariano Espíndola; CUNHA, Eleonora Schettini Martins. Process-tracing e a produção de inferência causal. **Teoria e Sociedade**, nº 22.2, julho - dezembro de 2014. Belo Horizonte: Departamento de Sociologia e Antropologia; Departamento de Ciência Política; Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Disponível em:
<http://www.fafich.ufmg.br/revistasociedade/index.php/rts/article/viewFile/192/139>. Acesso em: 20 jul. 2018.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima; YAZBEK, Maria Carmelita. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Revista Katálysis**. v. 17. n. 1. Florianópolis: UFSC, 2014, p. 102-110. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n1/a11v17n1.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

SILVA, Fátima Eugênia de Araújo; ALMEIDA, Fabiana Soares de. A pessoa idosa e a política pública de assistência social: os serviços nos Centros de Referência da Assistência Social - CRAS". **V Congresso Internacional sobre Envelhecimento Humano (CIEH)**. v. 1. Ano 2017. João Pessoa: Editora Realize, 2017.

SIQUEIRA, Adriana Castelo Branco de; COUTINHO, Luisa Celino. **A criminologia do reconhecimento e o direito ao desenvolvimento social do idoso** in CARVALHO, Gisele Mendes de; DEODATO, Felipe Augusto Fortes de Negreiros; NETO, Felix Araújo.

Criminologia e Política Criminal. João pessoa, PB: CONPEDI, 2014. Disponível em: <http://publicadireito.com.br/publicacao/ufpb/livro.php?gt=231>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SIQUEIRA, Adriana Castelo Branco de. **Violência provocada por cuidadores de idosos em Teresina-PI**: estudo de caso. Tese de Doutorado em Ciências Jurídicas. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB: UFPB, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8646/2/arquivototal.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2019.

SOLOW, Robert Merton. A Contribution to the theory of economic growth. **The Quarterly Journal of Economics**, p. 65-94, 1956. Disponível em: <http://piketty.pse.ens.fr/files/Solow1956.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

SOUSA, Rossana Guerra; PAULO, Edilson. Produtividade dos Gastos Públicos dos Estados Brasileiros: um estudo empírico no período de 1995 a 2010. **Desenvolvimento em Questão**. Editora Unijuí. Ano 14 . N. 36, out./dez, 2016, p. 187 a 219. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/4189/5046>. Acesso em: 01 abr. 2019.

TERESINA. SEDET- Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turismo. **Guia Turístico de Teresina**. Teresina: SEDET, 2017. Disponível em: http://itarget.com.br/newclients/sab2017/extra/GuiaTuristicoTeresina_SAB_2017.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019.

_____. Prefeitura Municipal de Teresina. **Teresina se mantém com 263 equipes do Estratégia Saúde da Família**. Teresina: Portal PMT, 2018. Disponível em: <http://www.portalpmt.teresina.pi.gov.br/noticia/Teresina-se-mantem-com-263-equipes-do-Estrategia-Saude-da-Familia/18977>. Acesso em: 04 jan. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCASPI). **Missão**. Teresina: SEMCASPI, 2019. Disponível em: <http://semcaspi.teresina.pi.gov.br/missao/>. Acesso em 04 jan. 2019.

VÉRAS, Maura Pardini Bicudo; FELIX, Jorge. Questão urbana e envelhecimento populacional: breves conexões entre o direito à cidade e o idoso no mercado de trabalho. **Cadernos Metrópole**, v. 18, n. 36. São Paulo: PUCSP, 2016, p. 441-459. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3607>. Acesso em: 29 ago. 2018.

WEINECK, Jurgen. **Biologia do esporte**. São Paulo: Manole, 1991.