

A Integração das políticas de saúde e assistência social no atendimento ao idoso
Integration of health policies and social assistance on the care of the elderly
La integración de las políticas salud y asistencia social en la atención a los ancianos

Recebido: 08/11/2016
Aprovado: 26/05/2017
Publicado: 03/08/2017

Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni¹

Este artigo tem como objetivo apresentar a intersetorialidade presente nas políticas de saúde e assistência social na atenção ao idoso na cidade de Franca. O texto reflete sobre o envelhecimento e a garantia de direitos, tendo em vista a Constituição Federal, o Estatuto do Idoso e os direitos na saúde, assistência social, educação e outros. Ele indica como estão estruturadas as Políticas de Saúde e de Assistência Social para o atendimento ao idoso, bem como, o processo de intersetorialidade entre estas duas políticas no âmbito municipal. O texto utiliza como balizas os Planos Municipais de Saúde e de Assistência Social 2014-2017 do município de Franca/SP. Os dados demonstram que, apesar de ser uma das diretrizes destas políticas, a intersetorialidade ainda está em processo de construção, com desafios a serem superados, como a fragmentação das ações das políticas públicas e a ação dos trabalhadores, com vistas ao modelo biopsicossocial, exigindo capacitação profissional constante e gestão comprometida com esta proposta.

Descritores: Idoso; Saúde; Assistência social; Política social.

The objective of this article is to present the intersectoral relationship between health and social assistance policies in elderly health care in the city of Franca, SP/Brazil. The text discusses aging and the guarantee of rights according to the Federal Constitution, the Statute of the Elder and the rights that come from laws regarding health, social assistance, education and others. It shows how Health and Social Assistance policies are structured to offer attention to the elders, as well as the intersectoral relations between these two different policies in the scope of the municipality. This research was guided by the Municipal Health and Social Assistance Plans for the 2014-2017 periods, from the city of Franca/SP/Brazil. Data also shows that, although it is one of the directives of these policies, the intersectoral relationships are still being constructed, and there are challenges to be overcome, such as the fragmentation of the actions of public policies and the action of workers, which comes from a biopsychosocial model, and demands constant professional training and a management which is committed to this proposal.

Descriptors: Aged; Health; Social assistance; Public policy.

Este artículo tiene como objetivo presentar la intersectorialidad presente en las políticas de salud y asistencia social en la atención al anciano en la ciudad de Franca/SP/Brasil. El texto reflexiona sobre el envejecimiento y la garantía de derechos teniendo en cuenta la Constitución Federal, el Estatuto del Anciano y los derechos advenidos de la salud, asistencia social, educación y otros. Expone cómo están estructuradas las Políticas de Salud y de Asistencia Social para el atendimento al anciano así como el proceso de intersectorialidad entre estas dos políticas en el ámbito municipal. Usa como indicador a los Planes Municipales de Salud y de Asistencia Social 2014-2017 del municipio de Franca/SP/Brasil. Los datos demuestran que, a pesar de ser una de las directrices de estas políticas, la intersectorialidad aún está en proceso de construcción, con desafíos a ser superados como la fragmentación de las acciones de las políticas públicas y la acción de los trabajadores, con el fin de un modelo biopsicossocial, exigiendo capacitación profesional constante y gestión comprometida con esta propuesta.

Descritores: Anciano; Salud; Asistencia social; Política social.

¹ Assistente Social. Mestre em Ciências Médicas. Doutora em Serviço Social. Docente do Curso de Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP - Campus de Franca, SP/Brasil. ORCID 0000-0002-0691-7528 E-mail: andreialiporoni@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos, devido à queda acelerada das taxas de fecundidade e ao mesmo tempo das de mortalidade – reflexo da melhoria da qualidade de vida da população.

Compreender o envelhecimento em seus diferentes aspectos é um desafio para a sociedade e para as Políticas Públicas, em especial as que integram a Seguridade Social brasileira: políticas de saúde, assistência social e previdência social.

A Política de Assistência Social tem como usuários idosos em situação de vulnerabilidade ou risco social, muitos deles desprovidos de orientação quanto a seus direitos sociais. Fortalecer o envelhecimento considerando as propostas da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e da Norma Operacional Básica/Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) é um desafio constante para os profissionais que atuam na área.

A Política da Saúde atende universalmente toda a população brasileira através do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme define a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080/1990, mas precisa direcionar serviços à população idosa, os quais requerem investimentos consideráveis de medicamentos, espaço físico, trabalhadores capacitados, equipamentos e tecnologias adequados.

É preciso destacar a Constituição Federal (CF) de 1988, que projetou para o país uma estruturação legal para a universalização de direitos, da participação da sociedade civil na gestão das políticas sociais e descentralização política-administrativa. Entretanto, a partir da década de 1990 o país se abre para uma conjuntura neoliberal, trazendo várias contradições, principalmente, no direcionamento da implementação das políticas de seguridade social, ou seja, de um lado, um processo de

construção de um padrão legal de proteção social, e de outro, as mudanças ocorridas no plano mundial e a hegemonia do neoliberalismo, que impôs vários limites na condução deste modelo, que apesar de universal na legislação, é focado na extrema pobreza.

A tendência do padrão neoliberal se fundamenta na lógica direcionada por estabilização monetária, abertura comercial e privatização¹. Manifesta-se totalmente contrária ao padrão democrático de política social. Nesse contexto, a gestão do sistema de proteção social se caracteriza pela privatização das políticas sociais, focalização e precarização. E ainda, direciona a gestão do sistema de proteção social a partir da benevolência, da filantropia, da caridade e do assistencialismo.

Observa-se a partir destas questões, um retrocesso em relação à concepção do direito social, com o estímulo ao crescimento e valorização das Organizações Não-Governamentais (ONGs) sem fins lucrativos, do espírito da solidariedade e da refilantropização da assistência social.

Assim, este artigo tem como objetivo apresentar a intersectorialidade presente nas políticas de saúde e assistência social na atenção ao idoso na cidade de Franca. Para tanto, tal análise se dá por meio dos Planos Municipais de Saúde e de Assistência Social 2014 – 2017 da cidade de Franca.

MÉTODO

Este artigo é uma reflexão acerca das Políticas de Saúde e da Política de Assistência Social numa cidade do interior paulista.

Para tanto, se realizou revisão bibliográfica e pesquisa documental, no que se refere aos atendimentos oferecidos à pessoa acima de 60 anos na cidade de Franca/SP.

O referido trabalho foi desenvolvido no ano de 2016, não envolvendo seres humanos, por estar analisando documentos de acesso aberto.

RESULTADOS

Para efeitos deste estudo se avaliou as documentações referentes à Política Municipal de Saúde e a Política Municipal de Assistência Social da cidade de Franca, com base em 19 referências que fundamentam a problematização e discussão do contexto no qual estas políticas estão inseridas na referida cidade em consonância com as perspectivas estaduais e federais.

DISCUSSÃO

Envelhecimento e garantia de direitos

O processo de envelhecimento é bastante singular, uma vez que pode variar de pessoa para pessoa e tais variações estão relacionadas a uma série de fatores como estilo de vida, condições socioeconômicas e presença de doenças crônicas. Trata-se, portanto, de um fenômeno biopsicossocial².

Por outro lado, no processo de envelhecimento, as capacidades de adaptação do indivíduo tendem a diminuir, a sua autoestima e o seu bem-estar estão estreitamente associados à sua satisfação em relação a seu ambiente familiar e social. A permanência do vínculo afetivo entre os membros da família e o idoso faz com que ele se sinta valorizado e possa viver com dignidade e tranquilidade esta sua nova fase da vida³.

Como um processo contínuo, o envelhecimento traz ganhos aos que convivem ao seu redor: sabedoria, sentimentos de compreensão, paciência e tolerância, conhecimento, a compreensão das coisas, o amadurecimento. Entretanto, muitas pessoas idosas enfrentam intolerância, preconceito e desrespeito à sua condição. O idoso tem uma condição física e emocional mais vulnerável que os demais membros da sociedade e ao deixar o mercado de trabalho, seja por questões de saúde e/ou aposentadoria, deixa de fazer parte do sistema produtivo, e muitas vezes passa a ser desconsiderado pela sociedade ou pelos seus familiares.

Envelhecer com qualidade depende de fatores que envolvem desde o convívio em família até condições adequadas de sobrevivência, dentre elas saúde, moradia,

educação, urbanização, habitação e outras, que estão estritamente relacionadas às políticas públicas e à condição do idoso: sujeito de direitos.

A Constituição Federal (CF) de 1988⁴, no artigo 230, coloca que compete à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida⁴.

E, o Estatuto do Idoso – Lei 10.741/2003⁵ – estabelece os direitos das pessoas com 60 anos ou mais. No artigo 3º, determina que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária⁵.

No art. 15, o Estatuto do Idoso coloca que 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 saúde⁵.

A CF de 1988⁴ assegura a toda população acesso à saúde como sistema público e universal, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Especificamente para o idoso está prevista a criação de unidades geriátricas de referência; atendimento domiciliar e internações domiciliares, caso necessário.

O Estatuto do Idoso no parágrafo 2º do artigo 15 determina que cabe 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 de sua saúde⁵.

Apesar dos princípios da universalidade e da integralidade da política de saúde, a população usuária do SUS enfrenta inúmeros problemas, como grande demora em marcação de consultas e cirurgias eletivas; falta de medicamentos (mesmo os

de uso contínuo), necessidade de processos jurídicos para exigir o fornecimento de medicamentos ou atendimentos.

Aliada a esta questão existe uma tendência da mídia e do próprio Estado a estimular a população com condições de pagamento a seguros de saúde privado. Destaca-se que a legislação proíbe a cobrança diferenciada de valores com a justificativa do avanço da idade e a consequente necessidade de constantes atendimentos especializados. Ressalta-se que esta era uma prática comum antes da legislação em vigor.

O artigo 19 do Estatuto do Idoso⁵ determina a obrigatoriedade de comunicação, por parte dos profissionais de saúde, dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra o idoso, aos seguintes órgãos públicos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso.

Os idosos que contribuíram com o Instituto Nacional de Seguridade (INSS) durante a sua vida laboral têm direito à aposentadoria. Em caso de falecimento seu cônjuge tem direito à pensão⁴. Entretanto, o valor do benefício fica aquém dos seus gastos cotidianos em função da questão das relações de trabalho durante o período laboral e dos limites e tetos de benefícios (im)postos pela previdência social, por meio das reformas realizadas nos anos de 1998 e 2003.

Duas questões chamam a atenção nestas reformas: uma delas através da Emenda Constitucional 20/1998 que determina a eliminação do teto de dez salários mínimos para o pagamento da aposentadoria por tempo de serviço e de sua regra de cálculo (a média aritmética dos últimos 36 meses de contribuição) e a outra se refere à introdução do Fator previdenciário, que consiste na média dos maiores salários contribuídos em 80% do período contributivo do segurado acrescentado do fator redutor de acordo com a idade do segurado levando-se em conta a expectativa de vida, a idade e o tempo de contribuição, prejudicando-se assim principalmente aqueles que começaram a trabalhar muito jovens.

Destaca-se que as reformas da Previdência Social tiveram como principais argumentos: o crescente déficit da Previdência Social propagandeado pela mídia, interesses econômicos, a diminuição na taxa de crescimento populacional, o aumento da expectativa de vida, e finalmente, a busca do Estado pela estabilidade macroeconômica, com a criação de superávit primário.

De outro lado é necessário acrescentar que com a reestruturação produtiva ocorrida principalmente a partir da década de 1990 o mundo do trabalho sofreu inflexões profundas como a desregulamentação das relações de trabalho, os processos de terceirização, e o trabalho informal, que trouxeram impactos na vida do trabalhador. Como saldo, muitos trabalhadores passaram a ter dificuldades em fazer recolhimento do pagamento do encargo da Previdência Social e consequentemente dificuldade de usufruir da aposentadoria.

Para aqueles que não conseguiram contribuir durante sua vida laboral e não conseguem usufruir da aposentadoria, existe o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é um benefício no valor de um salário mínimo, garantido pela Constituição Federal de 1988⁴, em seu artigo 203, inciso V - para pessoa com deficiência e ao idoso com mais de 65 anos, que comprovem não ter condições econômicas de se manter e nem de ter sua subsistência mantida por sua família, podendo assim requerer tal benefício. Entretanto, para isso, a pessoa enfrenta condicionalidades impostas pela política de benefício.

O BPC é gerenciado pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004, baseada na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742/1993⁶, por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A Lei 8.742/1993, com alterações pela Lei 12.435/2011⁷, define a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado provendo mínimos sociais para garantir o atendimento às necessidades básicas.

A gestão desta política é realizada pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

de forma descentralizada e participativa através dos serviços sócio assistenciais e tendo como um dos eixos estruturantes a matricialidade sócio familiar.

O SUAS engloba a proteção social, em seus níveis: básico – compreendido como forma de prevenção – e especial – subdividido em média complexidade (direitos violados, mas ainda com vínculo familiar e comunitário) e alta complexidade (proteção integral, quando todos os vínculos foram rompidos).

O público alvo a ser atendido pela proteção social básica é a população que vive em situação de vulnerabilidade social, decorrente de pobreza, privação de renda, dificuldades ao acesso de serviços públicos e fragilização de vínculos afetivos. Esta proteção se efetiva por meio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), sobre sua área de abrangência⁸.

A proteção social da assistência social consiste no conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto das mudanças sociais e naturais da vida à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional⁹.

As políticas de saúde e de assistência social no município de Franca e a integralidade das políticas

O município de Franca conta com 318.640 mil habitantes conforme o último censo 2010¹⁰. Os dados do Plano Municipal de Saúde de Franca 2014-2017, apontam que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,780 (dados de 2010), ou seja, o município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), sendo que entre os anos de 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,193), seguida por Longevidade e por Renda. Neste quesito, dentre os 5.565 municípios brasileiros, em 2010 a cidade ocupava a 128^a posição, e em relação aos 645 outros municípios de São Paulo, ocupa a 66^a posição¹¹.

A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00 (setenta reais) de agosto de 2010), passou de 0,95% em 2000 para 0,65% em 2010, e a desigualdade se manteve. O Índice de Gini, usado para medir o grau de concentração de renda (0 representa a situação de total igualdade e quanto mais próximo de 1 maior a desigualdade de renda) passou de 0,51 em 2000 para 0,46 em 2010¹².

Outro dado significativo é que entre os anos de 2000 e 2010, a taxa de envelhecimento da cidade evoluiu de 5,57% para 7,60%, e no ano de 2010, conforme dados do IBGE, contava com 20.705 idosos na faixa etária de 60 a 69 anos e 15.516 na faixa de 70 a 80 ou mais¹².

A partir dessas questões apontadas apresenta-se como estão estruturadas as Políticas de Saúde e de Assistência Social para o atendimento ao idoso neste município, bem como se compreende o processo de intersetorialidade entre estas duas políticas.

A intersetorialidade compreende-se como método para garantir mais eficácia e maior grau de efetividade às ações e programas, e, portanto, requer pesquisa, planejamento e avaliação para as ações conjuntas¹³. Um trabalho intersetorial aponta para a necessidade de se construir uma rede de serviços que objetiva a proteção social, sob uma perspectiva de totalidade, pois a realidade é um todo indivisível¹⁴.

Em Franca, o atendimento oferecido para a população na esfera da Atenção Primária em Saúde, está constituído de 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 05 Equipes de Saúde da Família (ESF).

A atenção ambulatorial especializada conta com um NGA – Núcleo de Gestão Assistencial (serviço de especialidades), Centro de Prevenção de DST/Aids, Ambulatório de DST/AIDS e Hepatites, Rede Especializada em Saúde Mental (Ambulatório de Saúde Mental Adulto e Infantil, CAPSad – Centro de Apoio Psicossocial), Ambulatórios de Endocrinologia, de Geriatria, de Hanseníase, de Tuberculose, de Renais Crônicos, ACAR – Ambulatório de Crianças de Alto Risco, AGAR – Ambulatório de Gestantes

de Consultórios na Rua (CR), e Redução de Danos (RD). O NGA-16 (Núcleo de Gestão Assistencial), enquanto centro de atendimento especializado é composto por 23 especialidades médicas para diagnóstico, tratamento e indicação de condutas, além da realização de exames para diagnóstico como endoscopia, colonoscopia e laringoscopia, pequenas cirurgias e acompanhamento de pacientes ostomizados; atendimento e tratamento em cirurgia buco-maxilar e endodontia, curativos de média complexidade e Programa de Órteses e Próteses, Programa de Curativo Domiciliar, Serviço de Saúde Auditiva.

O município possui um 01 Pronto-Socorro Adulto, 01 Pronto-Socorro Infantil, 01 SAMU e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) 24 horas.

Para o atendimento ao idoso, a cidade conta com o Ambulatório de Geriatria, que atende usuários, encaminhados das Unidades Básicas de Saúde – UBS's, que apresentam fragilidade devido ao declínio da funcionalidade decorrente do processo de envelhecimento. Geralmente são portadores de alguma síndrome geriátrica (demências por Alzheimer e Vascular), incapacidade cognitiva (afasia/apraxia/agnosia/disfunção executiva), quadros depressivos, doenças crônicas degenerativas (neurodegenerativas, cardiodegenerativas e osteodegenerativas). Também podem ser atendidas pessoas com menos de 60 anos, com diagnóstico precoce de doenças como demência por Alzheimer.

Esta unidade de atendimento apresenta um trabalho em equipe que realiza atividades de:

- Grupo de orientação de cuidadores de Alzheimer (para familiares e profissionais);
- Grupos educativos com orientações sobre diabetes e hipertensão arterial.

Na Atenção Hospitalar, a rede municipal mantém convênio com a Fundação Casa de Misericórdia de Franca/Santa Casa, na realização de cirurgias eletivas, maternidade, internações de clínica geral e pediatria, e em atendimentos de urgências/emergências. E ainda há também os Hospitais: do Câncer, do Coração e o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec.

Outro atendimento oferecido pelo município é o de Atenção Domiciliar (AD), que oferece atendimento a pacientes e suas famílias, com vistas ao autocuidado, a celeridade de altas hospitalares com cuidado continuado no domicílio e ao mesmo a possibilidade de diminuição de riscos de infecções hospitalares graças ao longo tempo de permanência destes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; suporte emocional para pacientes em estado grave ou terminal, e familiares e orientações aos cuidadores, que podem ser parentes, vizinhos, ou qualquer pessoa com vínculo emocional e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde,

O Plano Municipal de Saúde do município¹⁵ aponta as ações voltadas para a saúde do idoso e objetivam o desenvolvimento de medidas educativas focando o autocuidado e atitudes preventivas que visam à forma ativa de promoção da saúde, manutenção da autonomia, independência (funcionalidade) e qualidade de vida ao envelhecer, bem como ações específicas de recuperação e reabilitação. As ações são norteadas pelas diretrizes contempladas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹⁶, ou seja: atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais visando a integralidade das ações; implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial nas unidades de saúde; promoção do envelhecimento saudável; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais da saúde na área da saúde da pessoa idosa.

Outra política de extrema importância para a população é a política de Assistência Social. A partir da aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) que direciona os princípios organizativos, as diretrizes estruturantes, o modelo de gestão e cofinanciamento organizados no SUAS e a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS), o município de Franca-SP organizou a sua estrutura de atendimento através de 05 unidades do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e 02 unidades do CREAS

(Centro de Referência Especializado de Assistência Social).

Em 2009 foi aprovada a Tipificação dos serviços sócio assistenciais, estabelecendo matriz padronizadora dos serviços das proteções sociais básica e especial, buscando organizá-las por nível de complexidade e em 2011, com a alteração da Lei 12.4357, as ações nas áreas de assistência social passaram a ser organizadas sob a forma do SUAS.

Assim, e a partir do Plano Municipal de Assistência Social da cidade de Franca¹⁷, no processo de reordenamento dos serviços da área de assistência social, por ser uma cidade de grande porte (municípios de 100.001 a 900.000 habitantes) conta com uma rede de serviços sócio assistenciais com todos os serviços necessários e estabelecidos de acordo com o nível de complexidade das proteções: básica e especial.

Em Franca, a proteção básica é operacionalizada de forma direta por intermédio das 05 unidades do CRAS e indiretamente pelas organizações da sociedade civil de interesse público. Para o atendimento aos idosos, a rede socioassistencial está estruturada de acordo com a PNAS (Política Nacional de Assistência Social)¹⁸. Na proteção social básica se trabalha com:

- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) com foco em idosos com vivências de isolamento por ausência de acesso a serviços e oportunidades de convívio familiar e comunitário e cujas necessidades, interesses e disponibilidade sugeriram a inclusão no serviço. Atualmente existem cinco entidades sociais credenciadas na rede sócio assistencial do município oferecendo 730 vagas;
- Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosos, atendendo pessoas com deficiência e idosos que vivenciam situações de vulnerabilidade social graças à fragilização de vínculos familiares e sociais e/ou à ausência de acesso a possibilidades de inserção e habilitação social e comunitária. Neste serviço consta um programa que

oferece 50 vagas, administrado por uma entidade do município devidamente credenciada.

Para os atendimentos de média complexidade, além do atendimento oferecido no CREAS a rede socioassistencial está composta de:

- Serviço de Proteção Especial para pessoas com deficiência, idosos e suas famílias atendendo pessoas com deficiência, idosos e seus cuidadores e familiares através de uma Instituição da rede sócio assistencial oferecendo 70 vagas;
- Serviço de Proteção Especial para pessoas com deficiência, idosos e suas famílias, na Modalidade Centro Dia de idosos e pessoas com deficiência para idosos acima de 60 anos e pessoas com deficiência que requeiram cuidados permanentes ou temporários, sendo ofertado por duas instituições da cidade e totalizando 45 vagas.

Ainda, para os atendimentos de alta complexidade, a rede é composta por:

- Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos com a Modalidade Abrigo Institucional para idosos independentes ou com diversos graus de dependência, com 258 vagas, oferecidas por meio de seis instituições assistenciais.

A partir da análise dos Planos Municipais de Saúde e de Assistência Social observa-se que nenhum dos dois planos traz a questão de como a intersectorialidade está sendo ou será trabalhada pelas duas políticas públicas. Isso evidencia que apesar da aprovação da possibilidade de gestão intersectorial nas Leis Orgânicas das duas políticas públicas, esta ainda se encontra, em muitos momentos, em estado embrionário, e não somente no município de Franca.

Sobre **essa** questão, Monnerat e Souza¹⁹ colocaram que a saúde incorporou a diretriz da intersectorialidade em sua Lei orgânica de 1990 para uma ação articulada com outras áreas de política social para produzir melhores resultados de saúde, destacando que pesquisas mostram que “a noção de integralidade apresenta caráter bastante difuso, tanto para os gestores quanto para profissionais de saúde”. As autoras ainda observam que esta diretriz do

SUS não assume conotação de prioridade na gestão, e que a mesma se desenvolveu ao contrário das diretrizes de descentralização e controle social, tomadas como centrais na trajetória da saúde. Dois programas foram organizados a partir da estratégia da intersectorialidade: o Estratégia Saúde da Família e o de Agentes Comunitários.

Na assistência social, a partir da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), e da criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a PNAS apresenta a intersectorialidade como requisito fundamental para garantia dos direitos de cidadania, e, para efeito da operacionalização do SUAS, está previsto que as ações no campo da assistência social devem ocorrer articuladas com outras políticas públicas. Um exemplo neste sentido é o Programa Bolsa Família (PBF) que traz em seu desenho organizacional a intersectorialidade, ao trazer condicionalidades aos seus usuários relacionadas tanto à saúde quanto à educação.

Sobre a questão da intersectorialidade destas duas políticas no município de Franca, foi realizada uma pesquisa por Martins¹⁴, em que demonstra esse estado embrionário sob muitos aspectos: a fragmentação das políticas públicas; o equacionamento das ações setorizadas pelos profissionais, e o programa Cidade Amiga do Idoso que também está em processo embrionário.

A partir da análise dos Planos Municipais de Saúde e de Assistência Social e da literatura nesta área, é necessário discutir dois apontamentos sem a pretensão de esgotar o assunto: a fragmentação das ações das políticas públicas e a ação dos trabalhadores da saúde e da assistência social.

No quesito fragmentação, observa-se que as políticas públicas trabalham na perspectiva da setorização, ou seja, se a demanda específica de determinada família é para procedimentos de saúde, eles serão executados pela saúde. Aquele usuário ou sua família podem ser encaminhados para outras políticas graças a qualquer especificidade, mas dificilmente serão acompanhados pelas duas políticas públicas concomitantemente.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) – estratégias estruturantes da atenção básica em saúde e porta de entrada do SUS podem ser exemplos de pactuação entre as políticas de saúde e de assistência social.

Segundo o próprio Ministério da Saúde, a equipe de saúde da família tem como uma de suas atribuições atuar de forma intersectorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde, com efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade¹⁹.

O ESF atuante desde a década de 1990 ainda enfrenta dificuldades, principalmente relacionadas a fixar médicos na equipe multiprofissional de saúde da família em todo o Brasil. Esta questão não está relacionada apenas ao mercado de trabalho, mas também à “persistência do paradigma biológico ainda hegemônico no campo da saúde, o que dificulta inclusive a percepção da insuficiência das ações de saúde frente aos agravos presentes e o seu corolário que seria a busca de parcerias intersectoriais”¹⁹.

Neste aspecto, os profissionais acabam seguindo a tendência descrita anteriormente, ou seja, os trabalhadores das políticas de saúde e social acabam também se especializando nas suas áreas de atuação. Isso significa que muitas vezes os trabalhadores de ambas as políticas públicas podem não conhecer os atendimentos, as atividades, programas e projetos desenvolvidos pelas outras políticas, ou todos os equipamentos públicos das duas políticas – foco deste debate – bem como a rede sócio assistencial existente, o que exige capacitação frequente não somente na especificidade de seu trabalho, mas também sobre o que envolve o território de trabalho vivenciado.

Um estudo¹⁴ revelou que trabalhar de forma intersectorial exige reconhecimento e disposição para enfrentar o fato de que uma política dependerá da outra. Isso significa que a política de saúde pode fornecer

recursos materiais e humanos, mas precisa estar atenta a que o sucesso no trabalho / atendimento depende também das condições de salubridade da residência, da providência de materiais e medicamentos pelos familiares ou pela política; da permanência da pessoa entre seus familiares, com cuidadores informados e capacitados quanto aos cuidados necessários, ou o encaminhamento para Instituições de Longa Permanência (ILPI), quando isso não é necessário após a avaliação da fragilidade de vínculos familiares, situações de negligência e outros.

O que leva a entender que a intersectorialidade só é possível se for pensada, planejada a partir de esforços de gestores das diversas áreas das políticas sociais, que tenham interesse em equacionar esta questão.

Com trajetórias e técnicas diferentes, o desafio da gestão é criar formas e mecanismos inovadores que favoreçam a integração e a transversalidade presentes na ideia de sistemas e redes de proteção social.

A articulação da saúde com outros setores da política social não tem sido a perspectiva predominante adotada pelos gestores dos três níveis de governo responsáveis pela execução da política de saúde¹⁹, e para tanto uma das questões a ser enfrentadas por parte da saúde envolve, necessariamente, a mudança do paradigma biológico que persiste na área para o modelo biopsicossocial.

CONCLUSÃO

É incontestável a relevância das duas políticas públicas para os idosos. O idoso naturalmente vai perdendo o vigor da força física, e, em muitos casos, a família não pode ou não tem condições de manter um convívio contínuo em função da vida atribulada na contemporaneidade.

O Brasil atualmente possui suficientes meios legais para a proteção da pessoa idosa, mas além de medidas legais e protetivas, é fundamental uma mudança de visão da sociedade bem como do Estado na condução das políticas públicas em relação ao idoso.

Muitas ações necessárias para a promoção da saúde envolvem instâncias que

se encontram fora do setor saúde, como por exemplo, na assistência social, que também trabalha questões relacionadas ao envelhecimento saudável. Neste aspecto, a promoção da saúde implica no estabelecimento de agendas públicas com a participação de diversos atores, para se alcançar mais saúde e uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Souza Filho R. Gestão pública e democracia: a burocracia em questão. 2ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris; 2013.
2. Bajotto AP, Goldim JR. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol. [Internet]. 2011 [citado em 20 maio 2015]; 14(4):753-61. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000400014>.
3. Oliveira EA, Silva GA. Idoso institucionalizado: relação familiar. [Monografia]. Passos, MG: Faculdade de Serviço Social, Fundação de Ensino Superior de Passos; 2005. 79 p.
4. Presidência da República (Brasil). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 5 out 1988 [citado em 10 maio 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
5. Presidência da República (Brasil). Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. D.O.U., Brasília, DF, 3 out 2003 [citado em 22 maio 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.
6. Presidência da República (Brasil). Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. D.O.U., Brasília, DF, 8 dez 1998 [citado em 22 maio 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm.
7. Presidência da República (Brasil). Lei 12.435 de 06 de julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. D.O.U., Brasília, DF, 7 jul 2011 [citado em 22 maio 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm.
8. Gomes MM. Perfil das famílias cadastradas no Programa de Atenção Integral a Família – PAIF de São Sebastião do Paraíso/MG. [Monografia]. Passos, MG: Faculdade de Serviço Social, Universidade do

Estado de Minas Gerais, Fundação de Ensino Superior de Passos, 2007. 65p.

9. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS nº 33 de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. D.O.U., Brasília, DF, 3 jan 2013 [citado em 22 maio 2016]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2012/arquivos-2012/>.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População: censos demográficos. Censo 2010@: São Paulo: Franca. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado em 12 jul 2016]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=351620>.

11. Prefeitura Municipal de Franca, Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017. Acesso em: 22/05/16. Disponível em: <file:///C:/Users/Alvaro/Downloads/plano%20municipal%20de%20sade%20objetivos%20e%20meta%202014%202017%20franca%202.pdf>

12. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (São Paulo). Informações dos municípios paulistas: indicadores: Franca, São Paulo, 1990-2015 [Internet]. São Paulo: SEAD; [201-] [citado em 20 jul 2016].

Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/>.

13. Pereira PA. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: Boschetti I, Behirng E, Santos SMM, Mito RCT, organizadores. Política social no capitalismo: tendências contemporâneas. 2ed. São Paulo: Cortez, CAPES; 2013. p. 87-108.

14. Martins ASR. A intersectorialidade das políticas de saúde e de assistência social no sistema de atenção domiciliar em Franca/SP. [Tese]. Franca, SP: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista; 2015. 175p.

15. Prefeitura Municipal de Franca, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde - 2014-2017: diretrizes, objetivos e metas plurianuais [Internet]. Franca, SP: Prefeitura Municipal de Franca; [201-] [citado em 20 jul 2016]. Disponível em:

<file:///C:/Users/User/Downloads/plano%20municipal%20de%20sade%20objetivos%20e%20metas%202014%202017%20franca%202.pdf>.

16. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 20 out 2006 [citado em 20 jul 2016]. Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=142&data=20/10/2006>.

17. Prefeitura Municipal de Franca, Secretaria Municipal de Assistência Social. Plano Municipal de Assistência Social: 2014-2017. Franca, SP: Prefeitura Municipal de Franca; [201-] [citado em 20 jul 2016]. Disponível em: [file:///C:/Users/Alvaro/Downloads/SECRETARIA%20DE%20ACAO%20SOCIAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Alvaro/Downloads/SECRETARIA%20DE%20ACAO%20SOCIAL%20(1).pdf)

18. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Br). Política Nacional de Assistência Social: PNAS/2004, Norma Operacional Básica: NOB/SUAS [Internet]. Brasília, DF, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2005 [citado em 20 jul 2016]. Disponível em: <http://pratein.com.br/home/images/stories/PDFs/PNAS-2004.pdf>.

19. Monnerat GL, Souza RG. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Rev Katálysis. 2011; 4(1):41-9.

CONTRIBUIÇÕES

Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporini realizou levantamento bibliográfico e redação do artigo.

Como citar este artigo (Vancouver)

Liporini, AARC. A Integração das políticas de saúde e assistência social no atendimento ao idoso. REFACS [Internet]. 2017 [citado em: *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 5(Supl 2):325-334. Disponível em: *link de acesso e DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

LIPORINI, A. A. R. C. A Integração das políticas de saúde e assistência social no atendimento ao idoso. REFACS, Uberaba, v. 5, p. 325-334, 2017. Supl. 2. Disponível em: <*link de acesso*>. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI:

Como citar este artigo (APA)

Liporini, A. A. R. C. (2017). A Integração das políticas de saúde e assistência social no atendimento ao idoso. REFACS, 5(Supl 2), 325-334. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso de inserir link de acesso e DOI*.