

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

ARIANA SIQUEIRA ROSSI MARTINS

**A INTERSETORIALIDADE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO SISTEMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM
FRANCA/SP**

FRANCA

2015

ARIANA SIQUEIRA ROSSI MARTINS

**A INTERSETORIALIDADE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO SISTEMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM
FRANCA/SP**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para o título de Doutor em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: trabalho e sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld

FRANCA

2015

Martins, Ariana Siqueira Rossi.

A intersetorialidade das políticas de saúde e de assistência social no sistema de atenção domiciliar em Franca/SP / Ariana Siqueira Rossi Martins. – Franca : [s.n.], 2015.

175 f.

Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientadora: Neide Aparecida de Souza Lehfeld

1. Idosos -- Assistência domiciliar. 2. Política de saúde.
3. Assistência a velhice. 4. Política social I. Título.

CDD – 362.6

ARIANA SIQUEIRA ROSSI MARTINS

**A INTERSETORIALIDADE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO SISTEMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM
FRANCA/SP**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para o título de Doutor em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: trabalho e sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

3º Examinador: _____

4º Examinador: _____

Franca,SP, 11 de setembro de 2015.

Dedico este trabalho a todos que compartilharam suas histórias e experiências de vida, sonhos, desafios, conquistas e conhecimento. Àqueles que ensinam pelo exemplo de vida, senso de justiça e que o conhecimento é um contínuo processo de construção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo cuidado, amor e vida que tem me dado. Agradeço aos meus familiares e amigos que participaram comigo deste período de construção da tese por meio dos debates, troca de experiências e ideias. Obrigada pelo companheirismo, compreensão e conselhos.

Ao meu esposo, que é um grande companheiro, um presente de Deus, e que me incentivou a cada momento. Obrigada pelo amor, compreensão, amizade, carinho. Obrigada por estar sempre ao meu lado!

À minha família, que, mesmo distante, participou deste momento, com a sua compreensão por não estarmos juntos e torcendo pela conclusão de mais esta etapa.

À Profa. Dra. Neide Lefheld que com clareza e precisão me auxiliou no amadurecimento das ideias e não me deixou fugir do objeto de estudo pretendido, uma vez que falar sobre saúde, assistência social e idoso, remete a uma infinidade de temas e assuntos que podem ser abordados. Obrigada pelo privilégio de poder desfrutar de seu conhecimento e por ter aceitado fazer parte da minha história.

A todos os sujeitos desta pesquisa. Desde autores que contribuíram com seu conhecimento, até gestores das políticas públicas, entidades, voluntários, militantes e usuários dos serviços sob estudo. Vocês foram fundamentais para o conhecimento da realidade sob investigação, isto é, de como se dá a dinâmica entre a teoria e a prática nas políticas públicas e o vazio relativo às necessidades ainda não atendidas.

Aos participantes da banca. Obrigada por compartilharem comigo este momento, contribuindo com experiências e conhecimentos. Agradeço o tempo doado em forma de reflexão sobre um tema de causa que afeta, ou afetará, a muitos brasileiros.

A você leitor que se interessou pelo tema. Espero realmente contribuir para a expansão do conhecimento, provocando reflexões e debates sobre as questões sociais que imperam na área da saúde e assistência social.

Meus sinceros agradecimentos a todos!

O TEMPO

A vida é o dever que nós trouxemos para fazer em casa.

Quando se vê, já são seis horas!

Quando se vê, já é sexta-feira!

Quando se vê, já é natal...

Quando se vê, já terminou o ano...

Quando se vê perdemos o amor da nossa vida.

Quando se vê passaram 50 anos!

Agora é tarde demais para ser reprovado...

Se me fosse dado um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio.

Seguiria sempre em frente e iria jogando pelo caminho

a casca dourada e inútil das horas...

Seguraria o amor que está a minha frente e diria que eu o amo...

E tem mais: não deixe de fazer algo de que gosta devido à falta de tempo.

Não deixe de ter pessoas ao seu lado por puro medo de ser feliz.

A única falta que terá será a desse tempo que, infelizmente, nunca mais voltará.

(Mário Quintana)

MARTINS, Ariana Siqueira Rossi. **A intersetorialidade das políticas de saúde e de assistência social no sistema de atenção domiciliar em Franca/SP**. 2015. 174 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2015.

RESUMO

O aumento da população idosa no mundo e no Brasil tem afetado os diferentes serviços de atendimento a esta demanda, impondo um reordenamento das políticas públicas a fim de que atendam de forma integral às necessidades desta demanda específica. Tem sido muito discutida a questão do envelhecimento saudável e ativo, porém há também que se discutir e estudar sobre a fase da vida no processo de envelhecimento, quando não se tem mais a mobilidade e autonomia para as atividades diárias. A dependência de outras pessoas para a realização de atividades e cuidados diários (higiene pessoal, alimentar-se, trocar de vestimenta, tomar a medicação, entre outros) causa mudanças tanto na rotina da própria pessoa idosa, como na de sua família, a qual precisa garantir a presença permanente de um cuidador e de todos os recursos necessários para a realização dos cuidados. Como objetivo deste trabalho propusemos conhecer os recursos e serviços disponibilizados a esta demanda, pelas políticas de saúde e de assistência social do município de Franca/SP, e como se dá também a forma de acesso. Para isso, utilizamos a pesquisa de abordagem qualitativa, por meio de entrevistas com os gestores das políticas de saúde e de assistência social do município, representantes dos conselhos municipais, profissionais de entidades assistenciais, cuidadores voluntários e os cuidadores familiares das pessoas idosas acamadas. Utilizamos o método dialético como fundamento teórico por possibilitar a abrangência da complexidade e da totalidade que o tema pesquisado apresenta. Como resultado identificamos que, embora existam diferentes recursos e serviços disponibilizados pelas políticas de saúde e de assistência social, ainda tem sido insuficiente e ineficiente em alguns aspectos, a exemplo da fragmentação dos serviços e das políticas, dificultando o acesso a eles por meio de processos burocráticos e desconexos entre si. A prática de um trabalho intersetorial e interdisciplinar aponta para a possibilidade de um atendimento humanizado e capaz de contemplar os diferentes aspectos voltados ao cuidado e bem-estar que a pessoa idosa acamada em domicílio precisa. O Serviço Social, mediante seu compromisso ético e político, tem o dever de zelar pela efetivação de direitos, pela superação das desigualdades, promovendo e intervindo a favor da liberdade, da dignidade e da emancipação.

Palavras-chave: assistência domiciliar. pessoa idosa. intersetorialidade. política de saúde. política de assistência social.

MARTINS, Ariana Siqueira Rossi. **A intersectorialidade das políticas de saúde e de assistência social no sistema de atenção domiciliar em Franca/SP**. 2015. 174 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2015.

RESUMEN

El aumento de la población anciana en el mundo y en el Brasil tiene perjudicado los diferentes servicios y su demanda, imponiendo una reorganización de las políticas públicas con el fin de satisfacer, en su totalidad, a las necesidades de esta demanda específica. La cuestión de envejecimiento saludable y activo ha sido muy discutida, pero hay también que se discutir y estudiar la etapa de la vida en el proceso de envejecimiento, cuando no hay más la movilidad e la autonomía para las actividades cotidianas. La dependencia de otras personas para la realización de actividades e cuidados diarios (higiene personal, alimentarse, cambiarse de ropa, tomar la medicación etc.) provoca cambio en la rutina de la persona anciana y en la de su familia, que necesita asegurar la presencia permanente de un cuidador e de todos los recursos necesarios a la realización de los cuidados. Como objetivo de la pesquisa proponemos conocer los recursos e servicios disponibles pelas políticas de salud y de la asistencia social de la ciudad de Franca/SP-Brasil y como es la forma de acceso. Utilizamos la pesquisa con enfoque cualitativo mediante entrevistas con gestores de las políticas de salud e de la asistencia social de la ciudad de Franca, representantes de los consejos municipales, profesionales de las entidades asistenciales, cuidadores voluntarios e cuidadores familiares de las personas ancianas debilitadas en la cama. Utilizamos el método dialéctico como base teórica al permitir el alcance de la complejidad y de la totalidad que ha investigado el tema. Como resultado identificamos que, aunque hay diferentes recursos y servicios proporcionados por las políticas de salud y asistencia social, todavía ha sido insuficiente e ineficiente en algunos aspectos, como la fragmentación de los servicios e de las políticas que dificulta el acceso a las personas a través de procesos burocráticos y desconectados. La práctica de un trabajo intersectorial e interdisciplinario apunta a la posibilidad de un servicio humanizado y capaz de contemplar los diferentes aspectos relacionados con el cuidado y el bienestar que la persona anciana necesita. El Servicio Social, por su compromiso ético y político, tiene el deber de asegurar el cumplimiento de los derechos, la superación de las desigualdades, y promover e intervenir a favor de la libertad, de la dignidad y de la emancipación.

Palabras clave: asistencia a domicilio. Persona anciana. Intersectorialidad. Política de salud. Política de asistencia social.

MARTINS, Ariana Siqueira Rossi. **A intersectorialidade das políticas de saúde e de assistência social no sistema de atenção domiciliar em Franca/SP**. 2015. 174 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2015.

ABSTRACT

The increase of the aged in the world and in Brazil has affected the different care services to this population, imposing a reordering of public policies so that they meet in full the needs of this specific demand. It has been much discussed the issue of healthy and active aging, but we must also discuss and study the stage of life in the aging process, when it no longer has the mobility and autonomy for daily activities. The dependence on others to perform daily activities and care (personal hygiene, the act of feeding, changing clothes, taking medication, etc.) causes changes in the routine of the aged person, as in the routine of his family, who need to ensure the permanent presence of a caregiver and all the necessary resources for the realization of care. As an objective of this work, we propose to know the resources and services offered to the elderly by health policies and social assistance in the city of Franca / SP, as also check how is the form of access. For this, we used a qualitative approach research through interviews with managers of health policies and social welfare of the municipality, representatives of municipal councils, professional charities, voluntary caregivers and family caregivers of bedridden elderly. We use the dialectical method as a theoretical foundation, for enabling the scope of the complexity and totality that the researched topic shows. As a result, we found that although there are different resources and services provided by health policies and social assistance, has still been insufficient and inefficient in some respects, such as the fragmentation of services and policies, and difficult access to them through bureaucratic and unconnected processes. The practice of an intersectoral and interdisciplinary work points to the possibility of a humanized service, able to contemplate the different aspects related to the care and well-being that the elderly bedridden at home needs. Social work through its ethical and political commitment is required to ensure the enforcement of rights by overcoming inequalities, promoting and intervening in favor of freedom, dignity and emancipation.

Keywords: home care. aged person. intersectoral. health policy. social assistance policy.

LISTA DE SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
ANASSELBA	Associação Nacional dos Empregados da Legião Brasileira de Assistência
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CCI	Centros de Referência do Idoso
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAS	Conferências Nacionais de Assistência Social
COMUTI	Conselho Municipal da Terceira Idade
CPFL	Companhia Paulista de Força e Luz
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CRASI	Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso
CREAS	Centro de Referência Especial da Assistência Social
CRESS	Conselhos Regionais de Serviço Social
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EMA	Equipes Multidisciplinares de Apoio
EMDEF	Empresa Municipal para o Desenvolvimento de Franca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEAC	Fundação Esporte, Arte e Cultura

FEAS	Fundo Estadual de Assistência Social
FMAS	Fundo Municipal de Assistência Social
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
GAIS	Grupo Técnico de Avaliação e Informações da Saúde
HSPE	Hospital de Servidores Públicos do Estado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NFSAI	Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH-SUAS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
NOB-SUAS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
NOB-SUS	Normas Operacionais Básicas da Saúde
NUBS	Núcleo Básico de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PAIF	Programa de Atenção Integral às Famílias
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNDE	Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PROHAB	Habitação Popular de Franca
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PROUNI	Programa Universidade para todos
PSF	Programa de Saúde da Família

RUE	Redes de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TSEE	Tarifa Social de Energia Elétrica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNATI	Universidade Aberta para a Terceira Idade
UNESP/FRANCA-SP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
UNIFRAN	Universidade de Franca
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Aumento da população idosa no Brasil	26
QUADRO 2 – Distribuição do CRASI no estado de São Paulo	80
QUADRO 3 – Unidades de assistência a portadores da doença de Alzheimer no estado de São Paulo	83
QUADRO 4 – Tipos de Serviço de Atenção Domiciliar	85
QUADRO 5 – Sujeitos entrevistados	115

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Pirâmide de faixa etária das décadas de 1950, 1996 e 2030	24
FIGURA 2 – Percentual de distribuição da população mundial por região de 2006 a 2050.	25
FIGURA 3 – Pirâmide de faixa etária de Franca/SP (2010).....	105

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1 – Principais motivos de internações nas cidades do estado de São Paulo.....	89
ILUSTRAÇÃO 2 – Número de internações nas cidades do estado de São Paulo	89

LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 – Serviço de Ostomia em Franca/SP	117
FLUXOGRAMA 2 – Serviço de Oxigenoterapia em Franca/SP	117
FLUXOGRAMA 3 – Aquisição de fraldas geriátricas em Franca/SP	118

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1 A PESSOA IDOSA NO BRASIL E MUNDO	23
1.1 A velhice e o envelhecimento	23
1.2 O cuidador: sujeito principal no cuidado à pessoa idosa	31
CAPÍTULO 2 INTERSETORIALIDADE: HISTÓRIA, CONCEITOS E PRÁTICAS	35
2.1 Conceito de intersectorialidade	35
2.2 A Intersectorialidade na área da saúde	38
2.3 A intersectorialidade na área da assistência social.....	53
2.4 Práticas de ações intersectoriais.....	71
CAPÍTULO 3 REDE DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA	73
3.1 A atenção à pessoa idosa na área da saúde	92
3.2 A atenção à pessoa idosa na área da assistência social.....	97
3.3 “Cidade Amiga do Idoso”, uma prática intersectorial.....	105
CAPÍTULO 4 A PESSOA IDOSA EM SUA TOTALIDADE	109
4.1 Serviços de saúde e de assistência social existentes no município de atendimento domiciliar à pessoa idosa acamada	116
4.1.1 Serviços da Saúde	116
4.1.2 Serviços da Assistência Social	123
4.2 Apoio, capacitação e oferecimento de cuidadores no domicílio	126
4.3 Intersectorialidade: realidades e desafios	133
4.4 Comissão Intersectorial e Programa “Cidade Amiga do Idoso”– um trabalho inicial em Franca/SP	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
REFERÊNCIAS.....	147

APÊNDICES

APÊNDICE A – Protocolos de serviços da política de Saúde e da Assistência

Social de Franca/SP..... 158

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista – Usuário 168

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista – Gestores e entidades..... 170

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 171

ANEXO

ANEXO A – Comprovante de avaliação do Comitê de Ética..... 173

INTRODUÇÃO

Após minha trajetória de estudo sobre o Programa de Saúde da Família (PSF) no Trabalho de Conclusão de Curso (2004) e na Dissertação de Mestrado (2008) ambos pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) – câmpus de Franca, proponho uma discussão sobre o tema do atendimento domiciliar à pessoa idosa acamada, essa discussão é resultado de minha experiência profissional há oito anos como assistente social numa equipe interdisciplinar que presta atendimento a este tipo de demanda.

O contato com essa realidade me trouxe diferentes vivências de usuários e suas famílias, e foi justamente a dificuldade dessas pessoas em lidar com as exigências burocráticas, o seu tempo gasto na espera por atendimento e sua necessidade de orientação e de apoio que me instigaram o desejo de conhecer melhor o funcionamento dos serviços, da área de saúde e de assistência social, disponíveis a esse público.

O processo de envelhecimento humano exige uma maior atenção às questões relacionadas à saúde, pois com o envelhecimento algumas limitações e vulnerabilidades podem ser acentuadas, como a diminuição ou falta de visão, audição, mobilidade, raciocínio, fala etc. É nesta fase da vida que também podem se tornar mais frágeis os relacionamentos com a comunidade e a convivência familiar, de modo que a pessoa idosa acaba ficando isolada e alienada das informações e acontecimentos.

Neste contexto, alguns desafios são postos aos diferentes segmentos profissionais e políticas públicas que trabalham com questões ligadas ao processo de envelhecimento, como o de promover e garantir a dignidade e qualidade de vida dessa população, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e também oferecendo uma rede de atendimento integrada, que dê suporte às famílias de forma integral, do começo ao fim da vida.

No Brasil há cerca de 19 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que esse contingente atingirá 32 milhões em 2025, fazendo do Brasil o sexto país com maior número de pessoas idosas no mundo (IBGE, 2009). O aumento da população idosa no planeta, sobretudo no Brasil, tem causado grande impacto nas políticas públicas, exigindo

que estas se reorganizem para o atendimento desta demanda, que exige cuidado e atenção específica.

É sob este aspecto que a questão da velhice e do envelhecimento será abordada no primeiro capítulo, permitindo compreendermos as necessidades próprias desta fase da vida e como as políticas públicas, principalmente a política de saúde e de assistência social, têm se organizado para atendê-las.

Um dos exemplos da necessidade de reestruturação de atendimento à pessoa idosa acamada diz respeito à política de saúde, é preciso que no processo de desospitalização seja garantida a continuidade do tratamento, uma vez que além dessa ação ser estratégica aos serviços de saúde para reduzir os custos com internações prolongadas, ela também contribui para a recuperação do paciente. Porém, para que isso se efetive há de se ter uma rede de serviços e de recursos materiais e humanos que deem suporte ao usuário e famílias. Um desses serviços é conhecido como a assistência domiciliar e se compõe por equipe multi ou interdisciplinar, podendo figurar em seu quadro diversos profissionais, como médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, dentre outros.

O serviço de assistência domiciliar contempla, por exemplo, suporte com orientações básicas a cuidadores da pessoa idosa acamada, a fim de que o cuidador saiba como realizar a higiene pessoal do acamado, como fazer um curativo, que tipo de medicação poderá administrar, as formas de acesso à medicação, dietas e suplementos padronizados pela rede pública de saúde, como é faz para iniciar um processo de interdição quando há necessidade de um representante legal, processos de aposentaria, etc.

Dessa forma, uma equipe multiprofissional possibilita e promove um tipo de atendimento que considera o usuário em sua totalidade, levando em conta todas as suas necessidades. Esse tipo de atendimento integral não se faz presente somente com uma equipe multiprofissional de um determinado tipo de serviço, como o da política de saúde, porque pode ser também uma prática num âmbito maior, em que a política de saúde pode estar integrada com a política de assistência social, por exemplo, e juntas podem trabalhar as problemáticas que as afetam e encontrar soluções estratégicas.

A intersectorialidade é o tema abordado no segundo capítulo. A intersectorialidade envolve o trabalho de diferentes segmentos profissionais, inclusive o do assistente social, que atua tanto na política de saúde como na política de assistência social, lidando diretamente com os contextos e necessidades da pessoa idosa acamada, cuja demanda por serviços tem aumentado cada vez mais, e tratando de questões relacionadas ao acesso a recursos da saúde, ao alto custo envolvido na manutenção da saúde e à assistência domiciliar da pessoa idosa acamada, bem como às situações que possam ser identificadas como rompimento de vínculos, maus tratos, abandono, negligência, etc.

De acordo com Pansini (2011), a intersectorialidade significa a articulação entre os saberes e a forma como as políticas podem cooperar entre si, não de forma isolada uma das outras, mas interativa. Portanto, a prática de um trabalho intersectorial possibilita a efetivação de direitos já previstos em leis:

[...] a intersectorialidade, ou transectorialidade, é uma expressão do campo das políticas públicas, das organizações e da transdisciplinaridade (INOJOSA, 2001). Ou seja, a intersectorialidade é a “articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com objetivo de alcançar resultados *sinérgicos* em situações complexas” (INOJOSA, 2001, p. 105, grifos nossos). Isso implicaria muito mais do que juntar setores, refere-se à criação de uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional. Com isso, a articulação de saberes, experiências e a criação de uma nova dinâmica, ou seja, a realização de mudanças no aparato administrativo governamental é capaz de proporcionar o alcance de resultados *sinérgicos* (INOJOSA, 2001).

A palavra *sinergia* significa “cooperação; ato ou esforço coordenado de vários órgãos na realização de uma função; associação simultânea de vários fatores que contribuem para uma ação coordenada; ação simultânea, em comum” (HOLANDA, 1975, p. 1305, grifo do autor).

O assistente social na contemporaneidade é constantemente desafiado a resgatar o aspecto humano nas relações sociais, nos modos de vida e no trabalho. O Serviço Social além de identificar as mediações em sua própria prática profissional, em seu próprio espaço de intervenção, colabora também para que as políticas encontrem aspectos convergentes, incrementando as possibilidades de atuação em conjunto. Como Faleiros (1989, p. 123) dissertou, a identificação dessas mediações torna-se um desafio:

Desmistificar é um processo de politização [...] é um desafio da assistente social, ela mesma envolvida nessa superestrutura. Trabalhar as classificações é ainda insuficiente (isto o funcionalismo faz muito bem) [...] É preciso a construção das mediações teóricas e críticas dessas classificações imediatas através da contextualização e historização do processo de formação da sensibilidade social e de sua relação com o vivido pelas pessoas e grupos.

O atendimento integral e integrado, segundo Fagundes e Nogueira (2009) traz como consequência a não-fragmentação, sendo capaz de superar a prática política de concessões, benemerência, caridade ou favor, e também contemplando o usuário, o domicílio, a família, e demais circunstâncias, como um todo indivisível.

Aprofundar a relação entre ação profissional e integralidade permite um novo patamar à assistência social para além da benemerência, da caridade, da filantropia, propiciando a universalização dos direitos sociais, orientando a assistência social por concepções teóricas, técnico-operativos e princípios ético-políticos que fundamentam sua ação nesta linha. [...] Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral refere-se ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos, políticos e culturais como determinantes da saúde e da proteção social e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção (Pinheiro, Matos, 2001). [...] Além disso, o princípio da integralidade, garantido constitucionalmente e na legislação complementar, permite identificar outros componentes relativos a um novo enfoque para o direito à saúde e assistência social. (FAGUNDES; NOGUEIRA, 2009, p. 1 - 5).

Diante disso, propomos uma reflexão sobre como as políticas de saúde e assistência social organizam e disponibilizam seus serviços, procurando conhecer como a pessoa idosa acamada é assistida nessa rede de proteção e se esta tem seus serviços integrados ou fragmentados.

Estas foram algumas das reflexões pesquisadas e discutidas no terceiro capítulo, no qual procuramos apontar o que as duas políticas - saúde e assistência social - oferecem como rede de atendimento, sobretudo os serviços de que a pessoa idosa acamada pode necessitar.

Finalmente, no quarto capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa de campo, realizada por meio de abordagem qualitativa com perguntas semiestruturadas para entrevistas com os gestores das políticas de saúde e de assistência social da cidade de Franca/SP, além de representantes de entidades

assistenciais, profissionais da rede de atendimento, cuidadores e pessoas voluntárias ligadas ao cuidado às pessoas idosas acamadas. O propósito é conhecer as principais necessidades e dificuldades que usuários e profissionais enfrentam e se há uma abordagem intersetorial no atendimento.

Os órgãos representativos e de participação pública, como os Conselhos Municipais de Assistência Social e o da Terceira Idade, também foram sujeitos participantes da pesquisa, permitindo identificar o tipo de trabalho que tem sido desenvolvido, tanto no que se refere às pessoas idosas de modo geral quanto no que se refere às pessoas acamadas em particular. E por fim, entrevistamos os usuários que recebem atendimento domiciliar, assim, foram entrevistados tanto os usuários de serviço de assistência domiciliar privado como aqueles atendidos pelo serviço público.

Estas são algumas das reflexões que desenvolvemos nesta pesquisa, reconhecendo que ainda existem muitos horizontes a serem explorados, levando em consideração alguns temas iniciados neste trabalho. Problematicando essa questão, esperamos, enfim, contribuir para reflexão de assuntos relativos às pessoas idosas, considerando, sobretudo aquelas que estão acamadas, a partir de suas necessidades e das possibilidades de ação.

CAPÍTULO 1 A PESSOA IDOSA NO BRASIL E MUNDO

“Já não se morre de velhice, nem de acidente, nem de doença, mas, Senhor, só de indiferença”. (Cecília Meirelles - 1957)

1.1 A velhice e o envelhecimento

O processo de envelhecimento, na maioria das vezes, está associado ao surgimento ou agravamento de doenças, mas com a longevidade e crescimento da expectativa de vida, a humanidade tem vivido mais e de forma ativa e participativa na comunidade. Porém, não há como negarmos que com o processo de envelhecimento há uma mudança natural do corpo. A redução e limitação das capacidades ficam mais evidentes à medida que envelhecemos e com isso há a necessidade de se ter mais atenção e cuidado com a saúde para que essas morbidades não se agravem.

Alguns pensadores defendem que não se fica velho aos sessenta anos, pois se entende que o envelhecimento é um processo natural da vida humana, que ocorre ao longo dos anos, sendo determinado por escolhas e/ou circunstâncias. Mas a velhice também pode ser determinada a partir de comportamento e hábitos que adquirimos. É comum ouvirmos a expressão de que a pessoa é idosa, mas tem o “espírito” jovem, ou seja, apesar das intempéries da vida, sua forma de enfrentá-las, sua resiliência, a impede de sentir o que essas limitações anos vividos trazem.

A velhice é uma etapa do ciclo da vida, que uma parcela crescente da população brasileira vem alcançando e desfrutando por mais tempo, em virtude do aumento da expectativa de vida e do acelerado envelhecimento populacional do país nas últimas décadas. [...] O envelhecer é também uma experiência de mudanças em diversas áreas, caracterizada pela progressiva redefinição da identidade social. (CALDAS, 1998, p. 39).

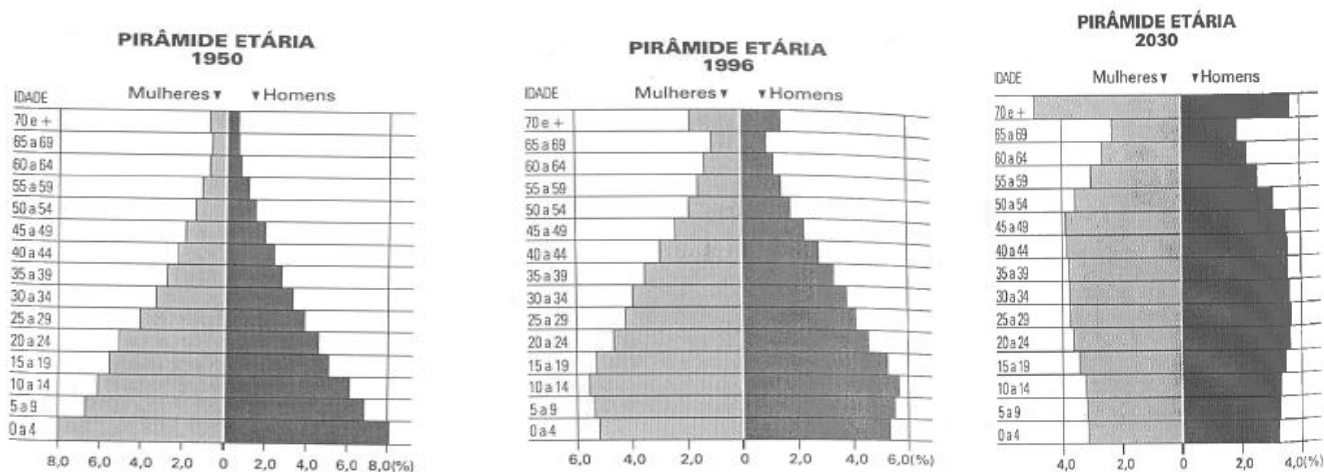
Naturalmente, o avanço da idade nos impõe a tomada de decisões e o reconhecimento da necessidade de algumas medidas que auxiliarão a manter uma condição de independência para a realização de atividades diárias, como por exemplo, o uso de óculos, prótese dentária, prótese auditiva, bengala, andador, etc. No entanto, a aceitação desta fase da vida não é fácil devido ao surgimento de necessidades de mudanças e adaptações.

Uma mudança muito significativa ocorre quando a pessoa idosa passa a depender totalmente de outras pessoas para a realização de suas necessidades básicas, como os cuidados com sua higiene pessoal, alimentação, locomoção etc. Nessa situação, a presença de um cuidador, torna-se fundamental, pois será o responsável pela manutenção da saúde do acamado, facilitando sua convivência e contribuindo para a manutenção da dignidade e respeito que a pessoa deve ter até o final de sua vida.

O aumento da população idosa no mundo, bem como as mudanças nos modos de vida e nas relações sociais, traz à sociedade a necessidade de estudar este fenômeno e de reorganizar as estruturas sociais, políticas e econômicas. A gerontologia¹ é uma das ciências que vem aprofundando este assunto e promovendo debates para o desenvolvimento de estratégias e ações positivas que atendam às demandas da população idosa.

Abaixo temos um exemplo citado por Camarano (1999 apud NOVAIS, 2005) sobre a dinâmica de envelhecimento da população mundial entre os anos de 1950 a 2030, no qual podemos perceber a inversão da base da pirâmide, demonstrando o constante crescimento da população idosa brasileira:

FIGURA 1 – Pirâmide de faixa etária nas décadas de 1950, 1996 e 2030.



Fonte: Camarano (1999 apud NOVAIS, 2005).

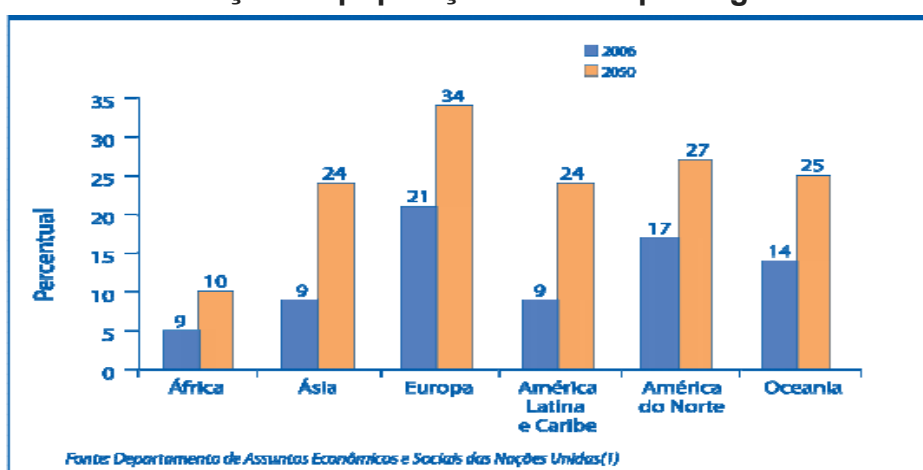
¹ Gerontologia, cursos de graduação ou de pós-graduação, que é a ciência que estuda o processo de envelhecimento humano levando em conta os contextos sociais sob uma perspectiva interdisciplinar abordando aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais.

Para Kalache² (1997 apud CALDAS, 1998, p. 18-20) a boa saúde é fazer com que as pessoas cheguem ativas à terceira idade, declarando que “o envelhecimento tem que ser celebrado e não lamentado, pois seu oposto é a morte.”

Conforme Kalache, que coordenou o Programa Global para o Envelhecimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), considerado atualmente o mais importante especialista em envelhecimento no país, a grande questão é como ter uma vida prolongada e com qualidade. Para esse estudioso, o Brasil envelheceu antes de enriquecer, ou seja, o envelhecimento da população se deu após o evento conhecido como “*baby boomer*” (geração nascida após a segunda guerra mundial, entre as décadas de 1940 e 1960), sem que o país tenha alcançado um nível de estabilidade social financeira capaz de atender as demandas dessa população envelhecida. Em entrevista à revista Exame, Kalache (2015) declarou que esta população está passando pelo que ele chama de “gerontolescência”, pois assim como a transição da infância para a fase adulta é chamada de adolescência, este é o termo atualmente empregado para se referir à transição entre a fase adulta e a velhice.

Dados do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, divulgados no Guia global: cidade amiga do idoso (OMS, 2008), estimam que a população idosa da América Latina representará 24% da população em 2050:

FIGURA 2 - Distribuição da população mundial por região de 2006 a 2050



Fonte: OMS (2008, p. 8).

² Alexandre Kalache é médico e gerontólogo formado pela UFRJ e phd em epidemiologia pela Universidade de Oxford. Ex-diretor do departamento de envelhecimento e saúde da Organização Mundial da Saúde. Presidente do Centro Internacional de Longevidade, Organização da Sociedade Civil, parceira do Centro de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (CEPE). (CPFLCultura, 2014).

Kalache (2015) destaca que o Brasil foi um dos países com o processo de envelhecimento mais rápido do mundo, agrupando atualmente cerca de 24 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que representa cerca de 12% da população. E faz o prognóstico de que no ano de 2030 seja cerca de 30% da população nessa faixa etária, equivalendo ao total da população do Canadá, porém sem a mesma qualidade de vida, que é o grande diferencial, pois em países ricos há uma infraestrutura e uma qualidade de vida adequada, enquanto no Brasil o oferecimento de condições básicas ainda representa um desafio para a sociedade.

Atualmente, o país com maior proporção de pessoas idosas é o Japão, 30% de sua população tem mais 60 anos. De acordo com o último censo, o Brasil ocupa o 58º lugar no ranking de qualidade de vida para pessoas idosas, segundo Marcel (2014), num total de 96 avaliados. Já a Noruega ocupa o primeiro lugar, seguida da Suécia, Suíça, Canadá e Alemanha. Segundo a reportagem de Marcel (2014), em 2050 a expectativa é de que este percentual aumente para quatro vezes mais em relação ao ano de 2000.

Focando o grupo etário de 60 anos ou mais, observa-se que o mesmo duplica, em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, ao passar de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se, em 2050, para 64 milhões. Em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos já supera o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade), em cerca de 4 milhões, diferença essa que aumenta para 35,8 milhões, em 2050 (64,1 milhões contra 28,3 milhões, respectivamente). Nesse ano, os idosos representarão 28,8% contra 13,1% de crianças e adolescentes no total da população. Não é difícil imaginar as formas das futuras pirâmides etárias, com diminuições sucessivas de contingentes na sua base e aumentos sucessivos nas idades posteriores, até atingir a forma de uma estrutura piramidal estável, em que praticamente todos os grupos etários seriam de igual magnitude. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009, p. 38).

Conforme as informações acima, podemos ter a projeção desse crescimento da população idosa no Brasil:

QUADRO 1 - Aumento da população idosa no Brasil

2000	2020	2030	2050
13,9 milhões	28,3 milhões	35,8 milhões	64 milhões
Aumento em:	105,3%	257,5%	460,4%

Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado em Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009, p. 38).

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006 do Ministério da Saúde, está aumentando no Brasil a quantidade de pessoas acima de 80 anos, o que significa que a população está vivendo mais, uma vez que no início do século XX a expectativa de vida era de 43 anos de idade e atualmente a média é de 76 anos. Isso se deve basicamente a dois fatores, o primeiro diz respeito ao aumento da expectativa de vida decorrente de melhorias na manutenção da saúde, como alimentação e prevenção de doenças (vacinas, medicação, etc.); já o segundo se relaciona à queda na taxa de fecundidade, ou seja, à redução do número de filhos por família, pois na década de 1970 a média era de oito filhos por família e atualmente esse número caiu para dois filhos por família (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009, p. 24).

Tal acontecimento histórico ocorreu devido a mudanças no mundo do trabalho, nas relações de gênero e nas relações sociais como um todo:

[...] as taxas de fecundidade total, que variavam entre 7 e 9 filhos, em média, por mulher, refletiam a prevalência de uma concepção de família numerosa, típica de sociedades agrárias e precariamente urbanizadas e industrializadas. [...] Ao final dos anos 1960, e principalmente durante a década de 1970, as transformações em curso na sociedade brasileira - fortes deslocamentos migratórios do campo para a cidade, levando a uma intensificação e diversificação da urbanização; avanços no processo de assalariamento da economia brasileira e engajamento crescente da mulher no mercado de trabalho urbano; disseminação de um modelo econômico voltado para o consumo de bens duráveis em íntima associação com a generalização das relações de mercado e elevação dos custos de reprodução familiar e social - levaram a importantes mudanças no comportamento reprodutivo. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009, p. 24, 26).

Em razão do aumento de pessoas idosas na sociedade e a redução de nascimentos de crianças no atual quadro demográfico brasileiro, podemos refletir: quem cuidará das pessoas idosas quando estas estiverem mais debilitadas e necessitarem de ajuda de terceiros? De que forma as políticas públicas os assistirá? Pois tem sido cada vez mais comum uma pessoa idosa cuidando de outra pessoa idosa em situação de total dependência. Esse cenário foi comprovado por meio de relatos dos usuários entrevistados e também de entidades prestadoras de serviço no domicílio.

Segundo Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001, p. 4), o aumento do número de pessoas idosas, “acarreta pressões no sistema de assistência, previdência social, saúde, educação e trabalho”. Destacamos a política de previdência e trabalho porque, segundo Kalache (2015), 10 milhões de pessoas idosas no Brasil vivem com R\$ 850,00 (oitocentos e cinquenta reais) por mês em média, correspondendo à aposentadoria que servirá para o custeio de despesas básicas como alimentação, habitação, medicamentos e higiene pessoal. É recorrente também a própria pessoa idosa ser o “arrimo da família”, ou seja, a única fonte de renda da casa.

Sobre a reestruturação dos serviços de atendimento à pessoa idosa acamada, sobretudo os correspondentes à política de saúde e à política de assistência social, é preciso planejar ações que atendam esta demanda nos três níveis de governos (municipal, estadual e federal):

Em síntese, as informações sobre a esperança de vida ao nascer apontam, claramente, para um processo de envelhecimento populacional no País, o que vai exigir novas prioridades na área das políticas públicas a serem direcionadas para grupos populacionais específicos. Como exemplo dessas prioridades, destaca-se a formação urgente de recursos humanos para atendimento geriátrico e gerontológico, além de providências a serem tomadas com relação à previdência social, que deverá se adequar a essa nova configuração demográfica. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009, p. 31).

Em entrevista ao jornal Folha de S. Paulo (BOMFIM, 2014), Kalache comentou sobre a importância de haver mais investimento na área da saúde direcionado ao atendimento da pessoa idosa, pois, em média, é nesta fase da vida que mais se gasta com saúde. Existem alguns recursos disponibilizados pela rede pública de saúde e de assistência social, porém é comum os relatos divulgados na mídia e constatado nesta pesquisa, dos prejuízos e dificuldades que os usuários passam para ter acesso aos serviços, devido sua forma fragmentada, burocrática ou insuficiente. Nesta mesma ocasião, Kalache declarou que o governo federal havia aplicado menos recurso financeiro no atendimento à pessoa idosa que o previsto em 2014:

O Ministério da Saúde previu um orçamento de R\$ 28,5 milhões para a Política de Atenção à Saúde do Idoso, mas só aplicou R\$ 14,8 milhões. Para o Programa de Direitos do Idoso, da Secretaria de Direitos Humanos, estavam previstos R\$ 5,8 milhões, dos quais só R\$ 623 mil foram gastos.

Algumas estratégias utilizadas para a redução de custos com a saúde de pessoas que ficam acamadas por períodos longos relacionam-se ao trabalho de desospitalização, que tem o poder de humanizar o cuidado dispensado ao paciente, uma vez que ele está em seu ambiente natural e próximo da família. Para Mendes Júnior (2000 apud CHAVES, 2004, p. 6-7):

[...] a manutenção da assistência centrada nos hospitais acaba por gerar uma superlotação destes. Os leitos hospitalares são ocupados, principalmente, por pessoas idosas com doenças crônicas degenerativas, gerando uma elevação dos custos da assistência à saúde e expondo o paciente a riscos, em particular os distúrbios de comportamento, produto da impessoalização institucional, causando a aceleração de diversas doenças e o comprometimento da qualidade de vida e de saúde. Ao analisar a engenharia do sistema de saúde, Mendes (1998) verificou que existe uma tendência a retirar pacientes crônicos e idosos da órbita de atenção à saúde tradicionalmente realizada no hospital, para outros espaços, sob cuidados contínuos.

Este aspecto da política de saúde também compreende a “Política de Humanização ao Paciente”, prevista pelo Ministério da Saúde.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

[...]

- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares; [...] (BRASIL, 2006a, 8-9, 30).

No entanto, apesar dos benefícios ao usuário com a desospitalização (sair de um ambiente com alto risco de infecção e estar sem a presença constante da família) é preciso destacar que a desospitalização também acarreta a transferência de responsabilidades pela provisão de todos os procedimentos e cuidados

necessários, semelhante ao que havia no hospital, para a família, sem, muitas vezes, um subsídio financeiro, material ou profissional.

Esta situação tem um caráter contraditório, pois, se a família não tiver condições de manter os cuidados exigidos, é bastante provável que o usuário retorne à unidade hospitalar, devido a uma piora no seu estado de saúde, e assim, os objetivos iniciais de redução de custo hospitalar não são alcançados. Em alguns casos, quando a família não dispõe de condições suficientes para manter o usuário acamado em domicílio, pode chegar a ser institucionalizado em entidades assistenciais de longa permanência, fragilizando ainda mais os vínculos familiares.

A oferta de uma equipe multidisciplinar de assistência domiciliar seria estratégica nesta situação em que a pessoa idosa acamada está envolvida, já que poderia fornecer um suporte às famílias por meio de orientações sobre como fazer curativos, os cuidados diários como alimentação, movimentação, orientações sobre os direitos do usuário, sobre as formas de acesso aos recursos necessários e disponíveis na rede de serviços etc., podendo, então, minimizar os motivos de reinternação.

O serviço de assistência domiciliar encontra-se incluído na área da Saúde denominada de Atenção Domiciliar (AD), ou seja, trata-se de um tipo de atendimento de saúde realizado no domicílio.

Para o modelo americano, a atenção domiciliar à saúde pode ser compreendida como "home health care", sendo o cuidado à saúde proporcionado às pessoas no próprio domicílio de forma apropriada e de alta qualidade, com relação ao custo-benefício compatível com a vida dos indivíduos, que devem manter sua autonomia, independência e melhor qualidade de vida. (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1999 apud LACERDA, 2006, p. 91).

Além da assistência domiciliar, podemos pontuar os serviços de visita domiciliar e de internação domiciliar. O serviço de visita domiciliar estaria mais próximo de uma prática educativa e assistencial às pessoas com dificuldade de locomoção, por vezes, não incluindo a manipulação com o usuário, como a realização de curativos, banho e administração de medicações. Realizam então um monitoramento dos cuidados, fazem orientação e auxiliam as famílias:

A visita domiciliar, visa prestar uma assistência educativa e assistencial no âmbito do domicílio. É através dela que fazemos um

levantamento e avaliação das condições sócio-econômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso. (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 1995, p. 35).

O serviço de internação domiciliar é destinado aos usuários que possuem um quadro clínico de maior complexidade e aparelhos específicos, necessitando de cuidados sistemáticos e da presença permanente de profissionais especializados.

Segundo o Ministério da Saúde e Organização Pan-americana da Saúde (2014, p. 23, 26) o serviço de assistência domiciliar na área da Saúde depende do nível de complexidade do cuidado, não configura um serviço de internação domiciliar, ou seja, não compreende um tratamento intensivo e sistemático no domicílio. O objetivo do serviço de assistência domiciliar é monitorar os cuidados, orientar e auxiliar as famílias, realizar curativos e outros procedimentos de enfermagem ou médico, utilizando uma abordagem interdisciplinar, incluindo:

[...] ações de reabilitação, suporte, promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado técnico de enfermagem, tanto para condições crônicas quanto para condições agudas de saúde, terapia ocupacional e fisioterapia. O público-alvo é composto, sobretudo, por idosos, pessoas com doenças complexas e com doenças terminais.

Conforme nosso objeto de estudo (o serviço de assistência domiciliar), a sua efetivação dependerá muito da presença do cuidador, o qual para o Ministério da Saúde e Organização Pan-americana da Saúde (2014, p. 23-24) não há como discutir qualquer serviço de assistência domiciliar sem a presença do cuidador, sendo considerados como “[...] a base dos programas de AD, e são responsáveis por atividades que vão desde cuidados básicos de saúde, até ajuda nas atividades de vida diária [...].”

1.2 O cuidador: sujeito principal no cuidado à pessoa idosa

Conforme Portaria 2.528, de 19 de outubro de 2006 (SÃO PAULO, 2008, [p. 9]), a pessoa idosa independente é aquela que “[...] é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária.” Já os idosos independentes, mas que necessitam de ajuda para algumas atividades diárias são considerados em estágio frágil e por isso necessitam de atenção especial por parte

de profissionais e/ou familiares, devendo ser acompanhados com maior frequência. E existem aqueles que estão totalmente dependentes do auxílio de outras pessoas para a realização de atividades diárias, como vestir-se, movimentar-se, alimentar-se, fazer a higiene pessoal, entre outras. Segundo a Portaria 2.528/2006 considera-se em situação de dependência aquele que:

[...] vive em ILPI³, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, [p.10]).

É inevitável que faça parte do processo de envelhecimento populacional o aumento de doenças que podem levar a incapacidade funcional. Segundo Verbrugge e Jette (1994 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b), por incapacidade funcional é entendido a:

[...] dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, [p.6]).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica os tipos de incapacidade por meio da Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde, relacionando o tipo de incapacidade (doenças, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais. Para a OMS, a dependência de outra pessoa para a realização de suas atividades diárias “[...] é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde.” (HEBERT 2003 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, [p.6]).

³ Instituição de Longa Permanência para Idosos.

A incapacidade pode ser sinônima de ônus para o indivíduo e sua família (GIACOMIN et al., 2004 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, [p.6]), uma vez que é comum encontrarmos familiares que deixam suas atividades de trabalho para cuidar de alguém acamado, diminuindo a renda familiar num momento de maior necessidade. Há casos ainda de famílias que precisam se organizar financeiramente para pagar um ou mais cuidadores profissionais, para que não precisem deixar o emprego. Como nem sempre a aposentadoria do usuário ou renda familiar é suficiente, dependem, por vezes, de doações ou de ajuda voluntária para auxiliar nas despesas. Este aspecto também foi identificado nas entrevistas.

Portanto, a fragilidade ou o grau de dependência social também deve ser avaliado conforme a configuração e necessidade do usuário e de sua família, e, a partir da avaliação das fragilidades e potencialidades, traçar um plano de cuidados com as possíveis metas a serem atingidas. Geralmente as famílias precisam de dois a três cuidadores, que fazem um revezamento nos períodos diurno, vespertino, noturno e fins de semana, podendo ser bem dispendioso para as famílias.

O cuidado com a pessoa idosa frágil em casa, necessariamente inclui o cuidador, seja ele informal (familiar ou voluntário) ou formal (contratado). Estes cuidadores formais geralmente são técnicos em enfermagem ou técnicos como cuidadores de pessoas idosas. Algumas instituições de educação como o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC).

O Código Brasileiro de Ocupações (CBO) reconhece a função de cuidador como profissão, cuja definição seria a seguinte: “[...] acompanhante de idosos, cuidador de pessoas idosas e dependentes, cuidador de idosos domiciliar, cuidador de idosos institucionais, gero-sitter.” Os quais estão aptos a desenvolver ações como “[...] zelar pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”, e de acordo com o Ministério do Trabalho esta ocupação está dentro da função 5162-10, a qual não se enquadram os auxiliares e técnicos em enfermagem. (BRASIL, 2002).

A profissionalização e o reconhecimento de um cargo específico facilitou o processo de definição das atribuições específicas dos cuidadores, pois poderiam ser confundidos com empregados domésticos, obtendo a tarefa de também cuidar da limpeza da casa e alimentação da família.

Os cuidadores informais, geralmente são pessoas da própria família, parentes e/ou amigos que se organizam para prestar os cuidados sem obter remuneração fixa para isso e geralmente são estes que acionam a rede de proteção (recursos materiais e humanos) à pessoa idosa pela responsabilidade e vínculo que possuem com o usuário. O cuidador, por sua vez, compõe a rede de proteção, pois aciona os serviços necessários e realiza os cuidados.

Abordaremos mais sobre a rede de serviços disponibilizados pela política de saúde e de assistência social no terceiro capítulo, pois antes desta abordagem se faz necessária uma fundamentação do o que é um trabalho em rede (intersetorial) e como as políticas públicas vem utilizando esta estratégia no atendimento às demandas, sobretudo no atendimento à pessoa idosa acamada.

CAPÍTULO 2 INTERSETORIALIDADE: HISTÓRIA, CONCEITOS E PRÁTICAS

“Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência”. (Boaventura de Souza Santos).

2.1 Conceito de intersectorialidade

A intersectorialidade pode ser compreendida como “[...] método para garantir mais eficácia e maior grau de efetividade às ações e programas nacionais e internacionais [...] articulação das políticas e ações conjuntas [...]” (PEREIRA, 2014, p. 23). Tal conceito encerra um desafio aos diversos setores das políticas públicas, proporcionando um diálogo permanente sobre as estratégias a serem realizadas em conjunto, de modo que os objetivos particulares e comuns sejam alcançados com mais eficiência. Trata-se também de ultrapassar a história de fragmentação das políticas e serviços que originada a partir da divisão sócio técnica do trabalho e pela ênfase na especificidade de cada área profissional, o que acarretou numa prática isolada e distante da comunidade, não permitindo sua participação na gestão das políticas públicas.

A prática de um trabalho interdisciplinar e intersectorial aponta para a necessidade de se construir uma rede de serviços objetivada na proteção social, sob uma perspectiva de totalidade, pois a realidade é um todo indivisível, não configurando mera soma das partes, mas sim a articulação de saberes e experiências.

Segundo Potyara Pereira (2014, p. 23), a intersectorialidade significa uma nova lógica de gestão, uma estratégia política de articulação entre “setores” diversos; a otimização de saberes; a prática social compartilhada e o enfrentamento de problemas sociais complexos. Além de se tratar de uma prática que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas.

A autora esclarece ainda que o conceito de intersectorialidade é semelhante ao de interdisciplinaridade. Para isso, expõe as diferenças entre os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A multidisciplinaridade está relacionada ao conjunto de disciplinas e agrupamentos de conhecimentos que não se interpenetram, são “[...] profissionais de diferentes áreas

trabalhando isoladamente, geralmente sem cooperação e troca de informações entre si [...].” (VASCONCELOS, 2006, p. 46 apud PEREIRA, 2014, p. 31).

A interdisciplinaridade está pautada no surgimento da necessidade de produção de conhecimento e reflexão devido ao aumento das especializações (divisão técnica do trabalho). Portanto, não significa acabar com as especializações, mas sim romper com a fragmentação e com a metodologia positivista e pós-moderna sob as ações de neutralidade, experimentação e quantificação, pois na área da saúde a fragmentação pode ser compreendida da seguinte forma: “O homem doente é um homem cortado em pedaços [...]. Cada um aplica sua terapêutica própria, sem pensar nas possíveis repercussões sobre seus órgãos vizinhos, nem nas reações do moral sobre o físico.” (GUSDORF, 1975, p. 25 apud PEREIRA, 2014, p. 25-29). Portanto, a interdisciplinaridade prevê a integração e compartilhamento entre as diferentes áreas do saber.

E por fim, a transdisciplinaridade seria o conhecimento sem fronteiras, coordenado por todas as disciplinas, baseado na teoria da complexidade. Este conceito ainda precisa ser aprofundado e considerado como meta a ser atingida nas ações compartilhadas entre as políticas. Porém, como ainda não é uma realidade comum entre os estados e municípios, consideraremos a interdisciplinaridade como sendo o método pertinente a ser adotado como prática nas políticas públicas.

Sob estes aspectos, considera-se a interdisciplinaridade como um novo tipo de relação entre Estado e cidadão, de forma que este último também faça parte das decisões e participe da gestão das políticas públicas. Haja vista a história da saúde pública no Brasil, que por meio da realização de conferências e manifestações populares, entre os anos de 1970 e 1980, contribuíram para a construção de uma política pública de saúde abrangente a todas as pessoas, independente de sua condição social, por meio da Constituição de 1988.

A Saúde nem sempre foi considerada como um direito de caráter público e não contributivo, como é atualmente, mas limitava-se aos trabalhadores formais que tinham os impostos recolhidos em carteira de trabalho. Aos desempregados e trabalhadores informais restava como única alternativa os serviços assistenciais, geralmente vinculados às instituições religiosas, como as Santas Casas de Misericórdia, mantida pela igreja católica e tendo seus serviços realizados pelas freiras que cuidavam daqueles pobres, deficientes e doentes. As conferências

configuraram um modelo de democratização, garantindo a participação da comunidade na gestão das políticas públicas.

A intersectorialidade entre as políticas públicas tem sido fator determinante para o cumprimento de um atendimento integral dos usuários. A capacidade de identificar os aspectos comuns das políticas tem sido uma estratégia de potencialização das ações mais significativas em resposta às necessidades da comunidade, à redução de custos, à objetividade para alcance das metas, à eficiência e à eficácia das políticas públicas.

Outra característica da intersectorialidade é a capacidade de identificar a territorialização como sendo o lócus biofísico das práticas setoriais. É o local onde as políticas se territorializam na cidade, abrindo um campo de tensão entre os objetivos e as formas de intervenção propostas pelas instituições, é o espaço que as pessoas ocupam e onde manifestam seus problemas e necessidades. A territorialização tem se transformado numa estratégia reconhecida e almejada no âmbito dos processos de descentralização das políticas sociais, representando uma tendência de gestão e execução de políticas públicas nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal).

Segundo Ney Luiz Teixeira de Almeida (2014, p. 236) a descentralização tem refletido em dois aspectos de atuação – no macro e micro espaço territorial respectivamente:

1º - [...] em programas governamentais propostos pela esfera federal a partir das políticas públicas de corte social (assistência social, educação, saúde, habitação, meio ambiente e trabalho e renda). Ela também se faz estruturante em outras políticas que lutam pelo reconhecimento não só dos direitos sociais, mas também do humano – políticas voltadas a infância, adolescência, juventude, idoso, deficientes entre outros.

2º [...] políticas voltadas à esfera local como a gestão pública municipal.

Alguns gestores encontram na intersectorialidade como uma estratégia de gestão, possibilidades de enfrentamento mais eficazes dos problemas sociais. Ckagnazaroff e Mota (2003 apud ALMEIDA, 2014, p. 236) abordam o processo de descentralização como um dos fatores centrais para a compreensão da

intersectorialidade, tomando-a como uma estratégia de mudança nas relações entre Estado e sociedade.

A descentralização é reconhecida como um processo de “parceria” com a sociedade civil, uma vez que há uma transferência de poder por parte do governo central para a sociedade. Segundo Pedro Jacobi (1983 apud ALMEIDA, 2014, p. 236) “[...] implica em dotar os órgãos intermediários de gestão de competências e recursos que permitam desenvolver as ações administrativas de modo mais próximo do cidadão e dos grupos sociais.”

À medida que as políticas públicas se descentralizam e os poderes de decisão são divididos, há de se ter formas que venham a atender as principais necessidades locais, ou seja, há a necessidade de organizar um sistema de proteção social que possibilite a obtenção de melhores condições de vida para todos.

Dentre as diversas possibilidades de se ter a intersectorialidade nas diferentes políticas públicas, destacaremos a relação entre as políticas de saúde e assistência social a fim de verificarmos posteriormente a prática dessa relação nos tempos atuais.

2.2 A Intersectorialidade na área da saúde

A discussão sobre a intersectorialidade na saúde tem início, segundo Batistella (2007, p. 40), com o Movimento de Reforma Médica Alemã, do século XVIII, que culminou na Medicina Social, a qual passou a considerar os determinantes sociais da saúde, como os aspectos econômicos, sociais e culturais envolvidos no processo saúde-doença da população.

A assistência à saúde era coordenada pela Igreja e a religião cristã dominavam as decisões e deliberações relativas aos pobres e doentes. Segundo Foucault (1982a, p. 99-100 apud BATISTELLA, 2007, p. 36):

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está

morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. [...] E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação.

Segundo Batistella (2007), as pessoas pobres e doentes ficavam em quarentena, o que correspondia a uma prática de isolamento a fim de evitar a propagação da doença. Um exemplo desta situação eram os leprosos, que eram retirados da convivência em sociedade e isolados nos leprosários. Outra prática de quarentena eram as notificações às autoridades dos casos de suspeita de doenças contagiosas, deixando em observação o indivíduo com sintomas de algum mal contagioso.

Na transição da Idade Média para a Idade Moderna, a resistência da Igreja pelo conhecimento científico aos poucos foi cedendo e começaram a surgir as primeiras escolas e a correspondente valorização do conhecimento. O modo de trabalho e de vida também são modificados com as novas descobertas. O trabalho passa de uma prática totalmente rural para uma prática manufatureira, pautada em relações comerciais.

Nesta fase da história, a desconfiança de que as doenças contagiosas eram desenvolvidas por microelementos motivou o desenvolvimento de inúmeras pesquisas com o corpo humano e a natureza.

Na Inglaterra, a medicina começa a se apropriar de um aspecto mais voltado para o social. A partir da Lei dos Pobres houve ações de vacinação, registro e controle de doenças. A Lei dos Pobres foi criada em 1601 e tinha o objetivo de “cuidar” do pauperismo através da caridade e benemerência:

Na Inglaterra, promulga-se a Lei dos Pobres (Poor Law), em 1601, que "instituiu um aparato oficial, centrado nas paróquias, destinado a amparar trabalhadores pobres, sob o auspício da taxa dos pobres" (cf. Duayer e Medeiros, 2003, p. 241; também Martinelli, 1991, p. 33 e 55). Isto é, "durante os dois séculos de vigência dessa legislação, a Inglaterra cuidou do pauperismo através da 'beneficência' pelo caminho burocrático" (DUAYER; MEDEIROS, 2003, p. 241 apud MONTAÑO, 2012, p. 273).

Segundo Batistella (2007), os aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença estavam subalternizados em detrimento dos aspectos biológicos, sobretudo

devido à suposta ausência de cientificidade nas explicações sociais oferecidas. Pode-se dizer que havia uma desqualificação das condições sociais em questões relacionadas à saúde-doença, predominando um modelo curativo da saúde baseado em métodos interventivos que valorizavam apenas medicação e procedimentos clínicos e não a mudança de hábitos (educação em saúde), ambiente (quando insalubre ou deficiente em infraestrutura), econômicos (quando o poder de compra não é o suficiente para o mínimo de sobrevivência) e sociais (violência, adoecimento e mortes geradas por diversas formas da realidade – relação social, marginalidade, etc.).

O século XIX caracterizou-se por mudanças estruturais que alteraram a dinâmica da sociedade, sobretudo no aspecto do trabalho, com o surgimento das primeiras indústrias e a aceleração do processo de urbanização, ocorre um processo de mudança do modo de vida das pessoas e é nesse contexto que se dá início a uma relação estreita entre saúde-doença e condições de vida, dando origem a outra discussão, que remete à ampliação do termo Saúde, de modo que o seu significado passe a abranger não somente o conceito de ausência de doenças, mas também o conjunto de várias determinantes que revelam as condições e o nível de qualidade de vida das pessoas.

A introdução da máquina a vapor intensifica o ritmo produtivo, as fábricas passam a demandar mais mão-de-obra, e as cidades crescem nas periferias. As péssimas condições de trabalho começam a chamar a atenção dos administradores. O corpo, tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente, será objeto de políticas, práticas e normas. Surgem as primeiras regulações visando à saúde nas fábricas. Dentre estas, a redução da excessiva carga horária de trabalho. (BATISTELLA, 2007, p. 40).

A presença do Estado neste período implicava responsabilidade pela administração das políticas de proteção à sociedade. Com um caráter mais científico e sob a necessidade de organizar uma medicina objetiva e racional, a estatística passou a fazer parte da prática médica, considerando aspectos econômicos, sociais e culturais.

No Brasil, o processo de formação da classe operária, com seu concomitante ingresso no cenário político, se deu na década de 1930, fazendo surgir um conjunto de políticas de conteúdo social, como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT),

que conferiu ao trabalhador uma série de direitos, como salário mínimo, cuidados com sua saúde, sistema de seguro social, repouso semanal remunerado, férias, reconhecimento do trabalho feminino, erradicação do trabalho infantil, etc. Porém, esta década também foi marcada por um Estado dualista, que, de lado dava abertura e reforçava a política de mercado, e de outro, sustentava um modelo de benemerência com ações sociais voltadas aos mais pobres.

O governo de 1930 ficou conhecido pelo binômio repressão e assistência, e esta era mantida por meio de uma rede burocrática e clientelista. E devido à precariedade da rede de proteção social, ao trabalhador pobre restavam apenas as obras sociais e filantrópicas como amparo às suas necessidades. Segundo Yazbek (2014, p. 82) esta década assinala o início do sistema brasileiro de proteção social, e neste momento predominava a “[...] ideia de que para o pobre qualquer coisa basta.”

A década de 1960 teve como tendência a rejeição do modelo natural das doenças, propondo uma reflexão mais ampla, considerando aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais, históricos, psicológicos e ambientais.

A construção de um novo marco explicativo que supere a concepção biologicista linear de simples causa-efeito aponta o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou doença. A noção de ‘causalidade’ é substituída, do ponto de vista analítico, pela noção de ‘determinação’, com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é considerada na explicação da saúde e doença. Está vinculada à compreensão dos ‘modos e estilos de vida’, derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço. (GOUGH, 1982 apud YAZBEK, 2014, p. 82).

Os anos da década de 1970 representaram um período muito conturbado na história do Brasil, passando pela crise do petróleo e pela fase do “milagre econômico”, que tinha como fundamento a tomada de empréstimo junto a bancos estrangeiros para financiar o desenvolvimento nacional. Com o endividamento externo do país e o aprofundamento da crise econômica, começam a surgir movimentos sociais que pressionavam o Estado, exigindo condições dignas de vida à população e, principalmente, uma melhor distribuição de renda, acompanhada de abertura política.

Sob um contexto de mudanças econômicas, sobretudo com a intensificação do neoliberalismo no final dos anos 1970, tem início de um reordenamento das

políticas públicas, abrindo a discussão sobre a intersetorialidade, quando a OMS sugere que as políticas de saúde adotassem procedimentos intersetoriais de gestão.

Na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, constituiu-se a “Carta de Ottawa”, inspirada nos princípios da Declaração de Alma Ata, em Cazaquistão – antiga União Soviética, de 1978, que pressupunha atingir a saúde para todos até o ano de 2000. Esta Carta teve como conteúdo as seguintes propostas:

- **Promoção da Saúde:** considera a saúde como uma responsabilidade não apenas dos serviços de saúde, mas também dos indivíduos, os quais também devem buscar um estilo de vida saudável.
- **Pré-requisitos para a saúde:** o reconhecimento de que a melhoria da saúde depende de condições dignas de vida, de forma que a pessoa tenha acesso a moradia, educação, alimentação, lazer, cuidados médicos etc., ou seja, é necessária a intervenção do governo para o cumprimento de tais demandas, não se trata de conquistas individuais apenas.

Logo, a proposta de como a Saúde deve ser considerada e trabalhada começa a ser pensada de forma que todos sejam responsáveis pela sua promoção e efetivação. A intersetorialidade se estabelece junto ao setor sanitário, exercendo um papel mediador:

As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis. A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. [...] A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, p. 2-3, grifo nosso).

A “Carta de Ottawa” (1986) aponta para a necessidade de reformulação da forma de oferecimento da Saúde, propondo uma mudança no processo de formação dos profissionais e no modo de atendimento dos usuários, de forma que os serviços oferecidos estejam sob um novo conceito de saúde “[...] focalizando-os nas

necessidades totais do indivíduo, enquanto pessoa, compreendido na sua globalidade”, formando o aspecto da equidade. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, p. 7).

Outro ponto abordado pela “Carta de Otawa” (1986) é a necessidade de reforçar a ação comunitária, estabelecendo o reconhecimento de que somente com a participação da comunidade é que as ações de promoção da saúde realmente se tornam efetivas.

A promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planejando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (empowerment) das comunidades, para que assumam o controle dos seus próprios esforços e destinos. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, p. 6).

Um dos pensadores a destacar a intersectorialidade no debate contemporâneo brasileiro foi Luciano A. Prates Junqueira, sociólogo, doutor em Administração da Saúde pela Universidade de São Paulo e professor titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Para Junqueira, a intersectorialidade tem ligação direta com a prática de descentralização, sendo esta uma estratégia de mudanças nas relações entre Estado e sociedade.

A descentralização, incorporada no Sistema Único de Saúde - SUS, permitiu que se alterasse a gestão do setor, tornando-a mais democrática e participativa. Com a descentralização o poder de decidir sobre a gestão das organizações de saúde é levada para junto dos usuários. Esse novo perfil organizacional transformou o formato institucional do setor, de direito, mas não de fato, uma vez que essa mudança depende da alteração de práticas e valores arraigados na cultura das organizações públicas, que determinam a maneira de gerenciar o setor. Apesar de, muitas vezes, descentralizadas elas permanecem setorializadas, impedindo que as soluções sejam encaminhadas de maneira integrada. (JUNQUEIRA, 1997, p. 32).

Segundo Pansini (2011), no Brasil a proposta da intersectorialidade existe desde a década de 1970, uma vez que estava inserida no Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico (PND), entretanto sob um foco de ação voltado à privatização e minimização do Estado por meio de iniciativas privadas:

2) As áreas de Desenvolvimento Social, frequentemente em ação conjugada com a iniciativa privada: Educação, Saúde, Previdência Social (a Habitação é caso especial, pois a ação executiva cabe, em geral, ao setor privado). (BRASIL, 1974, p. 32).

No II PND fica claro também que a ação era pontual, e não universalista, e se dava por meio de investimentos com controle de resultados por área. Neste aspecto, há a observação de eficiência deste método (focalização) quando ocorre uma integração com as demais áreas. Por exemplo, é eficaz que a política de saúde avalie quais são as principais necessidades e em que área ela precisa ser mais bem trabalhada, ter melhores resultados. Porém, para compreender a saúde como um conjunto de fatores determinantes, não basta avaliar apenas o que é específico da área da Saúde, pois é necessário avaliar também as demais áreas, de forma conjunta. A área da Saúde precisa ser pensada de forma integrada com as áreas de habitação, educação, trabalho, transporte, etc.

O IPND foi elaborado entre os anos de 1972 e 1974 durante o governo Médici e tinha como meta o crescimento econômico brasileiro. Sua criação foi registrada em Lei de nº 5.727, de 4 de novembro de 1971 (BRASIL, 1971). Neste período foram criadas a Usina de Itaipu, a ponte Rio-Niterói e a rodovia Transamazônica.

No II PND (1975-79), a dificuldade de obter financiamento fez com que o país se ajustasse às exigências dos países desenvolvidos, porém o objetivo central do II PND ainda era a continuidade do crescimento econômico, ocorrendo apenas uma mudança na estratégia econômica - o foco deixou de ser a produção de bens de consumo, dando prioridade a bens de capital e seus meios de produção.

No regime militar, em continuidade aos planos nacionais de desenvolvimento anteriores, foram criados os Planos Estratégicos de Desenvolvimento (PND I e PND II). No conjunto, os Planos Nacionais de Desenvolvimento I e II, tendo como suporte o planejamento estratégico, ampliaram as bases do desenvolvimento nacional. Além de obras de infraestrutura física, transportes, corredores de exportação, obras portuárias (superporto do Rio Grande), grandes usinas hidrelétricas (Itaipu), usinas nucleares, polos petroquímicos (Bahia e RS) foi ampliada a base das telecomunicações. Na área monetária foi criado o Banco Central e no campo social o Banco Nacional de Habitação (BNH). No campo da pesquisa foram criados o Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA), o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), o Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PBDCT), a Financiadora de Estudos e Pesquisas (FINEP) e o programa de expansão de matrículas no ensino

superior (meta de um milhão). Na agricultura foi incentivado o plantio de grãos (soja), criado o Programa Nacional do Alcool (Pró-Alcool) e o Programa de Desenvolvimento dos Cerrados (PRODECER) para o aproveitamento agropecuário do cerrado no centro-oeste-norte do País. Esses Planos Estratégicos de Desenvolvimento, em duas etapas tiveram continuidade por 20 anos, fechando o ciclo dos grandes planos nacionais de desenvolvimento. (VIEIRA, 2012, on-line).

Diante a nova proposta do conceito de saúde e os movimentos populares, foi na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 20 de setembro de 1979, com o tema “Extensão das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos”, em que se agruparam representantes dos ministérios de Relações Exteriores, da Saúde, da Previdência e Assistência Social, Direção Pan-americana da Saúde, Conselho de Desenvolvimento Social, entre outros, em busca pela promoção da saúde na atenção básica, enfocando as ações de prevenção à doenças.

Neste evento, a intersetorialidade apresentou-se nas propostas citadas:

5. Responsabilidade e Articulação Interinstitucional (Nível Federal, Estadual e Municipal).

[...]

11. Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde.

A execução dos serviços básicos de saúde requer um envolvimento multisetorial de forma direta e específica (programação e execução de atividades), com setores diretamente vinculados ao seu conteúdo ou sua operação - saneamento, habitação, alimentação, educação, etc. – e indireta e geral com o processo de desenvolvimento, cujo estilo e componentes afetam e são influenciados pelas variáveis de saúde [Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde]. (BRASIL, 1980, p. 12, 28, grifo nosso).

Foi na 8ª Conferência Nacional da Saúde (1986), que o Movimento Reforma Sanitária assinalou uma mudança na história brasileira de política assistencial, ao exigir que a saúde se tornasse de fato uma política pública de direito não contributivo, de acesso universal e igualitário:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos

os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Sérgio Arouca. (FIOCRUZ; CICT; CCS, on-line).

Segundo Pansini (2011, p. 57), a 8ª Conferência Nacional da Saúde contribuiu para a garantia na Constituição de 1988 de aspectos fundamentais na prestação de serviços de assistência social, definindo, sobretudo, a democracia como fator principal para seu funcionamento:

- 1) um conceito mais abrangente de saúde relacionado a fatores determinantes e condicionantes como o meio físico (condições geográficas, água, habitação, alimentação), o meio econômico e cultural (educação, renda e ocupação), e oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde;
- 2) legitima o direito universal ao acesso às ações de saúde em todos os níveis de complexidade, com primazia do Estado em sua garantia, e;
- 3) institui o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, organizado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, e sob o controle da sociedade, em que os serviços privados, conveniados e contratados passam a ser complementares e subordinados à diretrizes do SUS. (BRASIL, 1988).

Segundo a Fiocruz, o termo “Reforma Sanitária” foi usado no Brasil tomando como referência o movimento sanitário italiano, fazendo alusão a um conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações na área da saúde.

Sérgio Arouca, médico considerado um dos líderes da Reforma Sanitária no Brasil, defendia que o movimento lutasse simultaneamente por uma saúde pública e contra a ditadura: “Existia uma ideia clara na área da saúde de que era preciso integrar as duas dimensões: ser médico e lutar contra a ditadura.” (FIOCRUZ; CICT; CCS, on-line).

O movimento da Reforma Sanitária teve início entre as décadas de 1960 e 1970 e, devido aos debates e lutas pela democracia contra o regime autoritário da época, fundamentava-se em teorias sociais, sobretudo numa abordagem marxista, que exercia influência nas práticas da saúde, como pode ser constatado na declaração a seguir “[...] o materialismo dialético e o materialismo histórico, mostram que a doença está socialmente determinada.” (FIOCRUZ; CICT; CCS, on-line).

Aquele evento reuniu cerca de 4.000 pessoas e seu público era formado por usuários da saúde, aproximadamente metade, pesquisadores e profissionais da saúde.

Pouco antes de morrer, Arouca disse que:

[...] era preciso retomar os princípios básicos da reforma sanitária, que não se resumiam à criação do SUS. Ela mostrava que o conceito de saúde e doença estava ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, era preciso discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. (FIOCRUZ; CICT; CCS, on-line).

A década de 1990 constituiu num período de concretização de várias leis e normas relevantes para as políticas de Saúde e de Assistência Social, sob o aspecto de se ter acesso aos serviços e recursos como um direito e não mais como favor ou caridade. Este período levou à elaboração de leis como a própria Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) - Lei 8.742/93, Lei Orgânica da Saúde (LOS) - Lei nº 8.080/90, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei nº 8069/90 e a Lei de apoio à Pessoa com Deficiência (Lei Nº 7.853/89). Estas leis contribuíram para a construção de uma rede de proteção social às diversas demandas da sociedade.

O Estado então como responsável pela administração e oferta de serviços à sociedade reconheceu, na Constituição Federal de 1988, a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, de forma que o acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação deveriam ser “[...] universal, igualitário e integral” (BRASIL, 1988, Art. 196).

Compete ao SUS executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; promover a descentralização para os municípios referentes aos serviços e ações de saúde; atividades preventivas, entre outras.

O SUS deve priorizar as ações e serviços de saúde tendo como princípios: a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular. Através da LOS estabelece duas formas de participação da comunidade: as Conferências e os Conselhos de Saúde. Os Conselhos como instância municipal, acaba sendo o espaço mais próximo para a participação

continua da população nas políticas de saúde. A Lei de nº 8.142/90 explica a forma de atuação dos Conselhos:

O Conselho de Saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Nesse processo de luta pela criação e efetivação dos direitos sociais, foram aprovadas em 1990 a Lei 8.080/90, correspondente à LOS, e a Lei 8.142/90. Essas leis tinham como objetivo detalhar o funcionamento e do Sistema Único da Saúde (SUS), conferindo destaque à promoção, proteção e recuperação da saúde. E a Lei 8.142/90 aborda ainda a importância da participação da comunidade na gestão da política de saúde.

Na década de 1990 houve também a emissão das Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOBs-SUS/1991, 1993, 1996, 1997, 1998) pelo Ministério da Saúde, as quais visavam ao aperfeiçoamento da gestão, apontando para uma reordenação da saúde, definindo os papéis de cada esfera de governo, os mecanismos e fluxos de financiamento, a prática do acompanhamento, o controle e avaliação do SUS.

Em 1996, o processo de intersetorialidade é revelado na NOB-SUS ao descrever as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite como:

[...] apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis - dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais - oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a consequência prática da relação entre os gestores do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 9, grifo nosso).

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, em Brasília/DF, foi registrado que o exercício da atenção integral à saúde demandaria articulações intersetoriais, reconheceu-se igualmente a Seguridade Social como

uma conquista, cuja efetivação se daria através de uma ação solidária e integrada dos serviços de Saúde, Assistência e Previdência: “Repudiamos qualquer alteração constitucional que signifique retrocesso na conquista da cidadania e dos direitos sociais.” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996, p. 13).

A defesa da plena implementação do SUS, com qualificação das ações e a adequação dos serviços à atenção integral à saúde que devem prestar, foi proposta através de deliberações que definem princípios gerais da gestão e da organização e que aprofundam e qualificam o processo de descentralização e de municipalização. Implantar as Comissões Intersetoriais, com competência para articular políticas e programas de interesse para a saúde, bem como realizar a I Conferência Nacional Intersetorial sobre Políticas Públicas, envolvendo todos os segmentos da sociedade. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem romper com o modelo de assistência individual, fragmentada, curativa, e hospitalocêntrica e implantar a atenção integral à saúde através da articulação de todas as ações e do cumprimento do preceito constitucional e da legislação do SUS. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996, p. 22, 18, 71, grifo nosso).

Foi na 10ª Conferência Nacional de Saúde que foi dada uma ênfase com relação a atenção à saúde da população idosa, destacando a intersetorialidade como fundamental para o desenvolvimento dos serviços, bem como, a garantia de atendimento domiciliar, destacando o objeto deste nosso trabalho:

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais devem implementar, com o acompanhamento dos respectivos Conselhos de Saúde, ações de atenção integral à saúde da Terceira Idade, articuladas com as ações intersetoriais de assistência a esse grupo populacional, que contemplem, entre outras questões:
 325.1 ações intersetoriais de promoção à saúde na Terceira Idade, preparando estrutura e recursos humanos compatíveis à atenção desse importante contingente populacional;
 325.5 atendimento domiciliar e internação domiciliar realizados por equipes multidisciplinares, com fornecimento de medicações de uso continuado, como anti-hipertensivos, anticoagulantes e anti-diabéticos, entre outros, e referência aos serviços de apoio diagnóstico e de atenção de maior complexidade; [...]. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996, p. 80, grifo nosso).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, apresentou a defesa da intersetorialidade como estratégia fundamental para a melhoria das condições de saúde da população:

[...] c) Implementar políticas intersetoriais de promoção da saúde, por intermédio do conceito de municípios saudáveis.

d) Ampliar a atenção básica incorporando outros procedimentos à rede, permitindo o aumento da resolutividade e a desospitalização, recuperando as unidades sucateadas e contratando pessoal para o seu funcionamento. [...]

146. Desenvolver uma efetiva Política de Saúde para Atendimento aos Idosos, abolindo a discriminação no contexto societário, dentro do que preconiza a Lei no 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Incluir nos serviços do SUS o direito a acompanhante em caso de internação de portadores de deficiências e idosos dependentes.

147. Ampliar o atendimento nos programas especiais: DST/ AIDS e doenças degenerativas; Garantir a assistência integral pelo SUS aos portadores de doenças infecto-contagiosas, sobretudo aos soropositivos e doentes de aids, incluindo internação hospitalar, atendimento domiciliar, hospital-dia e financiamento de casas de apoio mantidas por organizações não governamentais. Ampliar os números de leitos na rede pública e hospitais privados conveniados. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 128, 150, grifo nosso).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS – 2001, 2002) resultou do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde. E, em conformidade com seu Art.1º, pretende:

- ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica;
- estabelecer um processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade;
- criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e promover a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

A NOAS-SUS/2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b), teve como prioridade estabelecer a regionalização como estratégia de organização dos serviços de saúde. O processo de regionalização objetivou integrar os diferentes espaços territoriais nas prioridades de ação, por meio de documentos de planejamento das cidades, como o Plano Diretor Municipal. Neste documento é descrito a realidade municipal, as demandas por seus serviços e as metas a serem alcançadas no atendimento.

Na NOAS-SUS/2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b, p. 10, grifo nosso), a questão da territorialização e as indicações de um trabalho intersetorial são discutidas sob a seguinte perspectiva:

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

Nas orientações descritas na NOAS/2001, deve-se dar destaque às situações demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, à oferta de serviços, às relações entre municípios e até a divisão de um território (estado ou município) em regiões e/ou microrregiões de saúde, e nesse sentido a menor base territorial do planejamento regionalizado, seja região ou microrregião, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

De acordo com a NOAS-SUS 01/02 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b), este processo de planejamento é descrito e detalhado no Plano Diretor de Regionalização (PDR). O PDR pretende definir as prioridades de intervenção segundo as necessidades de saúde da população e a garantia de acesso de todos aos diferentes níveis de atenção.

A organização do território também é outra proposta do PDR, com a finalidade de organizar a rede de serviços. Para isso, o PDR divide em regiões, microrregiões e módulos assistenciais os territórios estaduais.

O Módulo Assistencial, segundo a NOAS-SUS 01/02 (item 5b), representa o espaço territorial que possui resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, e é constituído por um ou mais municípios.

Em relação aos pactos existentes no âmbito das políticas públicas, destacamos, na área da saúde, o Pacto pela Saúde, do ano de 2006, trata-se de um conjunto de Diretrizes Operacionais para as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão.

Segundo Pansini (2011, p. 82-83), o Pacto pela Saúde veiculou as prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pilares:

- a) **Pacto pela vida:** trata-se de um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos três gestores;
- b) **Pacto em defesa do SUS:** que reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados na qual as prioridades serão expressas em metas municipais, regionais, estaduais e nacionais, inseridas no termo de compromisso de gestão.
- c) **Pacto de gestão:** que estabelece as responsabilidades de cada ente Federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS.

As estratégias de planejamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b, p. 33, grifo nosso), têm como objetivo “Promover a *integração* do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua *intersectorialidade*, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento.”

A regionalização, como uma das ações de integração, também é um eixo estruturante do Pacto de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d), e se norteia pelos princípios da integralidade e equidade no acesso aos serviços. A regionalização também proporciona economia de escala e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

A regionalização precisa definir ainda as Regiões de Saúde, isto é:

[...] recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infra-estrutura de transportes compartilhados do território. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d, p. 8).

A política nos adverte que o “desenho” das regiões de saúde é dinâmico, de modo que podem ocorrer mudanças durante o processo de pactuação. De todo modo, a Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo (CIB), em 19 de julho de 2007, já referendou o reconhecimento de 64 Regiões de Saúde com os respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e os 17 Departamentos Regionais de Saúde

(DRS), classificados como macrorregiões com as respectivas Comissões Inter-regiões de Saúde de abrangência do DRS.

O Plano Nacional de Saúde, criado entre 2008, apresenta a intersetorialidade como estratégia de fortalecimento da promoção da saúde. De acordo com Pansini (2011, p. 83), consta no Plano que, para o avanço da qualidade de vida, a promoção da saúde terá entre seus princípios fundamentais o estímulo a ações intersetoriais.

A autora reforça ainda que a rede de proteção exige um pacto entre gestores, técnicos, saberes, pessoas, projetos e instituições, e todos devem estar em sintonia com a realidade e cultura local.

Na área da saúde também existem alguns programas que promovem a pactuação intersetorial nos municípios, como por exemplo, o PSF criado na década de 1990:

[...] a equipe de Saúde da Família tem como uma de suas atribuições atuar de forma intersetorial, 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 comunidade. (MONNERAT; SOUZA, 2014, p. 44, grifo nosso).

O PSF tem o intuito de promover a cidadania na comunidade, bem como a educação em saúde e a prevenção de doenças, e na sua prática recorre a ações intersetoriais em escolas, associações de moradores, igrejas, líderes comunitários, entre outros, o seu propósito é aproximar a comunidade e também viabilizar o acesso ao conhecimento, tendo em vista que o conhecimento tem o poder de facilitar as demais políticas públicas (determinantes sociais da saúde) – nas áreas da assistência, educação, moradia, lazer, trabalho/geração de renda, etc.

2.3 A intersetorialidade na área da assistência social

Segundo Gough (1982 apud YAZBEK, 2014, p. 82), após a Segunda Guerra Mundial (década de 1940), num período de forte desenvolvimento do capitalismo organizado, o Estado passou a interferir na reprodução de trabalho “[...] controlando a população não ativa nas sociedades capitalistas e criando uma forma particular de regulação social.” Tal política de intervenção obedecia a uma lógica de seletividade,

focalizando programas sociais voltados para os segmentos mais empobrecidos da população. As políticas tinham a função de corrigir as “falhas de mercado”, assumindo o papel de instrumento estratégico de enfrentamento da questão social sob um caráter compensatório.

É durante a década de 1930 e 1940 que registra a formação inicial de uma categoria profissional voltada à assistência social, com o Conselho Nacional de Serviço Social em 1937 e, na década de 1940, com a Legião Brasileira de Assistência (LBA).

No Brasil a construção de um sistema de proteção social foi se tornando uma exigência à medida que os movimentos sociais passaram a reivindicar seus direitos, porém ainda há a presença de forças que tentam fragilizar ou desmontar as políticas públicas conquistadas. A proteção social pode ser compreendida como a articulação entre Estado e sociedade, e é produto, portanto, de uma história de lutas sociais.

A partir de 1977, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, a política de assistência social vinculou-se ao sistema de proteção social da Legião Brasileira da Assistência (LBA) sem, contudo, definir uma unidade da política de Assistência Social no novo Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) - Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977 (BRASIL, 1977), em que pese ter havido uma proposta de integrar na política de assistência social a concessão e prestação de serviços, a manutenção de benefícios, o custeio de atividades e programas e sua gestão administrativa, financeira e patrimonial.

A concepção a acerca dos “pobres” e a forma de execução das políticas públicas destinadas à população carente somente foram minimizadas com o advento da Constituição Federal de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”, que estabeleceu a necessidade de elaboração de um conjunto integrado de ações por parte dos poderes públicos e da sociedade civil organizada, visando a uma maior proteção do cidadão. O capítulo da Constituição relativo à Seguridade Social é um bom exemplo desse novo tratamento a questões sociais, uma vez que integra políticas de saúde, assistência social e previdência social, constituindo um “[...] conjunto de direitos e segurança que cubram, reduzam ou previnam situações de risco e de vulnerabilidade sociais.” (YAZBEK, 2014, p. 84).

A Constituição de 1988 inaugurou novas perspectivas no que diz respeito à política de assistência social, reconhecendo que, no campo da Seguridade Social,

sua aplicação é um dever do Estado, abandonando, enfim, aquela concepção de política isolada e promovendo a implementação da Assistência Social como um

[...] direito de cidadania e não mais como ajuda ou favor ocasional e emergencial; a organização, sob o princípio da descentralização e da participação, rompendo com a centralidade federal e a ausente democratização da sua gestão sob o âmbito governamental. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005).

Tomando como referência o processo de construção do sistema de proteção social brasileiro, Pereira (2000 apud PANSINI, 2011, p. 22) considera duas características como marcantes daquele processo: as medidas autoritárias vindas do governo militar e as práticas clientelistas, paternalistas e populistas ocorridas no governo de Getúlio Vargas.

Nos anos 1980 e 1990, há uma abertura da economia brasileira para o mercado internacional, e o Estado passa a ser um articulador da reação da burguesia nacional frente à crise do capital, iniciada nos anos de 1970, decorrente do excesso de produção, do agravamento do desemprego e da alta dos preços das matérias-primas.

O Serviço Social teve um processo de amadurecimento e construção de identidade profissional até ter formada política pública sólida e efetiva. Mais recentemente, inclusive, foi criado um sistema único, que promove a distribuição de serviços e classificação dos motivos de sua procura. Mas até a década de 1990 predominavam ações isoladas de governo e também das instituições religiosas e das entidades beneficentes, apresentavam ainda uma perspectiva de ajuda e caridade tão somente. (MARTINELLI, 2007 apud PANSINI, 2011, p. 27). Tradicionalmente, a assistência social era realizada por entidades filantrópicas, que atuavam de forma isolada e por ações pontuais de caráter emergencial.

Embora a sociedade brasileira e as categorias profissionais tenham promovido, assinalando um avanço histórico, uma mudança radical no conceito de Assistência Social e sua prática, em 1989, houve o desmembramento do Ministério da Previdência e da Assistência Social, com a criação do Ministério do Bem Estar Social.

Em 1990, sob recomendação do Consenso de Washington, as políticas sociais, materializadas em programas voltados aos segmentos mais pobres da

população, passaram por uma reformulação, levando a criação de um novo sistema de proteção social nos países emergentes. Para atender as exigências das instituições financeiras internacionais, foram implantadas medidas voltadas para a estabilização econômica, equilíbrio orçamentário e fiscal, cuja consecução se deu por meio da implantação do Plano Real, nos governos Itamar Franco (1992-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Tal estratégia trouxe resultados poucos favoráveis para a política de proteção social no cenário nacional, criando-se então ações pontuais por meio dos programas de Renda mínima, Bolsa escola, Bolsa alimentação, Agente jovem, Auxílio gás e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI).

Estas ações representaram o desmonte das políticas públicas e a fragilização dos direitos, porém não efetivados e agora sucateados. A ideia de parceria entre o setor público e privado ou ainda entre público e terceiro setor, tem sido prioridade no que se refere ao subsídio de tais políticas. Ou seja, a redução da presença do Estado, suas responsabilidades foram transferidas a outros setores de interesses diversos. Com isso, a sociedade é conduzida e “[...] convocada a identificar e resolver os problemas sociais locais, como se o bem-estar social pertencesse ao âmbito privado.” (SOARES, 2003 apud PANSINI, 2011, p. 48).

É nesta perspectiva de reduzir as questões sociais num aspecto individualizado e particular de cada cidadão, que a Saúde também foi entregue à uma condição de mercado. Segundo Bravo (2006, p. 99 apud PANSINI, 2011, p. 27), apesar de o texto constitucional conter inegáveis avanços, um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes, impediu a concretização da proposta da Reforma Sanitária. A Saúde ficou vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade e a responsabilizando para assumir os custos relativos à busca de soluções para seus problemas, ou seja, ocorre a “[...] consolidação do projeto de saúde voltado para o mercado” em detrimento da universalidade. (BRAVO, 2006, p. 99 apud PANSINI, 2011, p. 27).

A participação da sociedade na construção das políticas públicas é histórica, uma vez que muito do que temos na Constituição resultou de conquistas obtidas por meio de movimentos sociais, debates e luta por direitos. Porém, a participação da sociedade também esteve associada à reafirmação de ações mercadológicas e de privatizações. No governo de Fernando Henrique

Cardoso esta prática esteve muito presente, conforme Faleiros nos apresenta (2004 apud PANSINI, 2011, p. 61):

O governo FHC (1995-98 e 1999-02) defendeu a idéia de que o Estado deve ser o suporte das condições do mercado globalizado, exercendo um novo papel de sustentação da competitividade em nível global (FALEIROS, 2004). Com tal intuito, FHC realizou reformas que buscaram a estabilização econômica, sob o argumento do crescimento econômico, geração de empregos e políticas sociais, tendo como fundamento a idéia da solidariedade e a parceria entre o governo e a comunidade com vistas ao combate da fome e da miséria (FALEIROS, 2004). Tais reformas, embora tenham ocasionado a diminuição de perdas inflacionárias, não diminuiu a desigualdade social.

Sob uma perspectiva de segmentarismo, nesse período a intersectorialidade era concebida apenas como uma técnica, de função apenas operativa e estratégica na gestão, não havendo articulação entre os diferentes setores das políticas públicas, nem uma consideração da totalidade dos diferentes itens que compõem a vida humana (cultura, política, economia, saúde, educação, trabalho, etc.).

Abreu (2009, p. 130-131 apud PANSINI, 2011, p. 54) defende que a intersectorialidade não possui um único significado, mas vários, ou seja, é “[...] ação política e técnica de articulação entre setores visando a construção, reafirmação ou oposição de projetos coletivos que potencializam ou obstaculizam interesses coletivos.”

Segundo a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB-SUAS/2005), a primeira redação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1990, apresentada pela Câmara Federal com o auxílio da Comissão Técnica do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), foi vetada. Nesse momento, os municípios já se articulavam, assumindo uma atitude protagonista na defesa da Assistência Social e atuando por meio da Frente Social dos Estados e Municípios, da Associação Nacional dos Empregados da Legião Brasileira de Assistência (ANASSELBA), dos órgãos da categoria dos assistentes sociais, como Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), sindicatos, Organizações Não-Governamentais (ONG's) e movimentos sociais.

A LOAS, Lei nº 8.742/93 (BRASIL, 1993), dispõe sobre a organização da política de assistência social, que foi resultado de um processo reflexivo sobre a atuação

profissional e as possibilidades de ação. Neste processo inclui o Movimento de Reconceituação e o Movimento de Ruptura, que configuraram a busca da categoria profissional por um fundamento teórico que desse sustentação à ação interventiva do assistente social. É sob o exercício da práxis, que significa a relação teoria (reflexão) e prática (ação), e a postura ética em defesa dos interesses da sociedade, numa perspectiva de igualdade social, que a categoria atuou em prol da construção e valorização das políticas de assistência social.

O Movimento de Reconceituação (1940 a 1980) configurou o período em que a categoria profissional buscava um fundamento teórico para sua prática, aproximando-se da teoria marxista na década de 1980, a qual se tornou um referencial para as novas ações. Estão envolvidos neste processo de reflexão os Documentos de Araxá, Teresópolis, Sumaré e o Método de Belo Horizonte (BH), os quais foram marcos históricos e registros dos encontros entre assistentes sociais, estudantes e usuários. E o Movimento de Ruptura, constituiu na postura ética e política adquirida a partir da década de 1990, em que a categoria profissional rompe com as formas paternalistas, conservadoras e tecnicista que originaram o Serviço Social, as quais eram predominantemente vinculadas à igreja católica.

O Serviço Social não mais se caracterizando por ações pontuais e de caridade, mas volta-se à promoção da liberdade, democracia, cidadania, igualdade e justiça social. O Serviço Social passa a ter como seu objeto de estudo e de intervenção, as expressões da questão social, que constituem nas multiformas da desigualdade social, como a fome, miséria, violência, etc. Não mais focando em ações que buscavam ajustar o indivíduo segundo os costumes, comportamentos e dogmas de uma religião e moral que regiam a sociedade.

É com este processo que o Serviço Social concretiza a renovação de seus princípios, fundamentos e normativas para a realização da prática profissional por meio da Lei 8.662/1993, que regulamenta a profissão, estabelecendo um novo Código de Ética, materializando seu novo projeto ético-político; e a LOAS que regulamenta o funcionamento da política de assistência social.

A NOB/97 voltou-se para a conceituação de um sistema descentralizado e participativo. Propôs a criação de uma Comissão Tripartite, de caráter consultivo, com representantes dos três níveis de governo, para discutir e pactuar acerca dos aspectos relativos à gestão da política. Segundo o documento, o modelo de gestão

foi fundado nas *relações intergovernamentais*, como estratégia capaz de revisar o papel do Estado no campo da Assistência Social.

Foram propostos dois níveis de gestão para a Assistência Social:

- 1) a gestão estadual, que recebe recursos do governo federal, advindos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e repassados ao Fundo Estadual de Assistência Social (FEAS), com a função de coordenar e apoiar técnica e financeiramente serviços, programas, projetos e concessão de benefícios, além de celebrar e gerenciar diretamente convênios com as entidades localizadas nos municípios que ainda não cumprem os requisitos do Art. 30 da LOAS.

Art. 30. É condição para os repasses, aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal, dos recursos de que trata esta lei, a efetiva instituição e funcionamento de:

I - Conselho de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil;

II - Fundo de Assistência Social, com orientação e controle dos respectivos Conselhos de Assistência Social;

III - Plano de Assistência Social.

Parágrafo único. É, ainda, condição para transferência de recursos do FNAS aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a comprovação orçamentária dos recursos próprios destinados à Assistência Social, alocados em seus respectivos Fundos de Assistência Social, a partir do exercício de 1999. (BRASIL, 1998).

- 2) quanto à gestão municipal, o município recebe diretamente recursos do governo federal, mediante repasse de recursos do FNAS para o Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS). Nesse nível, a gestão dos serviços, programas, projetos e benefícios assistenciais estariam sob a competência da esfera municipal.

A NOB-SUAS/1998 (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 1998) aprovou e ampliou a regulação e seu projeto de reforma no âmbito da política de assistência social, que havia sido vetada em 1990. Conceituou e definindo estratégias, princípios e diretrizes para operacionalizar a Política Nacional de Assistência Social. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 13).

Esta NOB-SUAS ampliou as atribuições dos Conselhos de Assistência Social e propôs a criação de espaços de negociação e pactuação (espaços

intersectoriais), de caráter permanente, para a discussão de aspectos operacionais da gestão do sistema descentralizado e participativo da Assistência Social:

Esses espaços de pactuação foram denominados de Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que passaram a ter caráter deliberativo no âmbito operacional na gestão da política. A CIT foi constituída pelas três instâncias gestoras do sistema: a União, representada pela então Secretaria de Assistência Social (SAS), os estados, representados pelo FONSEAS e os municípios, representados pelo CONGEMAS. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 13).

A política de assistência social também teve a participação da sociedade no seu processo de construção e desde a década de 1990, foram realizadas Conferências Nacionais de Assistência Social (CNAS), sempre contando com a participação da sociedade civil organizada e de usuários do sistema público de saúde.

- 1ª Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 1995, teve como tema: “Assistência Social como um direito do cidadão e dever do Estado”;

- 2ª Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 1997, sob o tema: “O Sistema Descentralizado e Participativo da Assistência Social - Construindo a Inclusão - Universalizando Direitos”. Nesta conferência, as discussões ocorreram com base em 5 eixos. Segundo Pansini (2011, p. 112), apesar da palavra intersectorialidade não ser abordada literalmente nas 177 propostas aprovadas, 8 delas se referiram a “questão da *articulação* da Assistência Social com as demais políticas setoriais.”

- 3ª Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 2001, sob o tema: “Política de Assistência Social: uma trajetória de avanços e desafios”. Segundo Pansini (2011, p. 113), nessa Conferência a palavra intersectorialidade foi empregada com um direcionamento único em todos os níveis da política de assistência social, de modo que sua proposta estivesse integrada às políticas sociais. Pela primeira vez a palavra *intersectorialidade* apareceu, de fato, nos registros das Conferências Nacionais de Assistência Social.

- 4ª Conferência Nacional de Assistência Social foi realizada em 2003, sob o tema: “Assistência Social como Política de Inclusão: uma nova agenda para a cidadania - LOAS 10 anos”. Na redação do relatório final dessa conferência foram

empregados os termos “articulação” e “intersectorialidade”, de acordo com Pansini (2011, p. 116). O emprego dessas palavras decorreu da intenção de expressar o seguinte propósito:

[...] garantir a implementação e ampliação de programas de prevenção e proteção com centralidade na família, priorizando as condições de vulnerabilidade, desvantagem pessoal e/ou circunstanciais ou conjunturais *em articulação com as demais políticas sociais*. (PANSINI, 2011, p. 116, grifo do autor).

Na 4ª CNAS foi aprovada uma nova agenda política para o reordenamento da gestão das ações descentralizadas e participativas de Assistência Social no Brasil. Nesta ocasião foi deliberada a implantação de um Sistema Único de Assistência Social, que serviria como modelo de gestão para todo território nacional, integrando os três entes federativos e consolidando um sistema descentralizado e participativo, instituído pela LOAS (BRASIL, 1993a).

- A 5ª Conferência Nacional de Assistência Social foi realizada em 2005 e seu tema foi: “SUAS⁴ – PLANO 10: Estratégias e Metas para Implementação da Política Nacional de Assistência Social”. Segundo Pansini (2011, p.117), nesta Conferência a expressão intersectorialidade foi utilizada nas deliberações relativas ao eixo temático “Compromissos éticos com os direitos socioassistenciais”, postulando que a política de assistência social deve ser:

[...] operada através de *uma rede* de benefícios, serviços, programas e projetos que devem manter *relação de completude entre si* [integralidade] e de *intersectorialidade* com outras políticas sociais (BRASIL, 2005, p. 311). Também foi identificada entre os direitos socioassistenciais, “direito à proteção social por meio da *intersectorialidade* das políticas públicas”, ou seja, os cidadãos devem ter acesso à moradia, educação, saúde, segurança alimentar etc., que deve ser garantida via intersectorialidade. (BRASIL, 2005, p. 314 apud PANSINI, 2011, p. 117, grifo do autor).

- A 6ª Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 2007, versou sobre o tema: “Compromissos e Responsabilidades para Assegurar Proteção Social pelo SUAS”. De acordo com Pansini (2011, p. 119) a intersectorialidade fez parte dos

⁴ Sistema Único da Assistência Social.

subtemas discutidos, e foi incluída entre as políticas sociais abordadas, recebendo destaque nas palestras, apresentação de painéis e oficinas.

• A 7ª Conferência Nacional de Assistência Social foi realizada em 2009 e discutiu o tema: "Participação e controle social no SUAS", e a questão da intersetorialidade, conforme Pansini (2011, p. 128, grifo nosso), apareceu nas deliberações dos eixos:

1 - necessidade de ampliação da participação popular, mobilizando e capacitando os usuários para intervir nas decisões, avaliar e fiscalizar a política de assistência social, para que se realize a intersetorialidade com as demais políticas públicas; 2 - promover espaços de diálogo intersetorial para garantir a articulação dos serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas, possibilitando a participação do usuário; e 3 - necessidade da viabilização da elaboração do orçamento da Seguridade Social de forma articulada entre as três políticas setoriais (Saúde, Previdência Social e Assistência Social). Enfim, a intersetorialidade apareceu, segundo a autora, nas CNAS analisadas, ora como integração ora como articulação, sempre relacionada à dimensão técnica e operativa, esvaziando-se seu conteúdo político.

Entre os anos de 2003 e 2006 o governo do ex-presidente Lula adotou medidas para o combate à fome e à miséria no Brasil, através do Programa Fome Zero, que operacionalizava a questão da redistribuição de renda a famílias de baixa renda, intencionando um equilíbrio financeiro e redução da pobreza. Em 2003, foi criado o cartão alimentação, que logo foi unificado ao Programa Bolsa Família, com a finalidade de promover uma articulação do sistema protetivo no país. O programa Bolsa Família unificou também outros três programas federais: Bolsa escola, Bolsa alimentação e Auxílio gás.

Em 2004, houve a implementação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), articulando em todo o território nacional, as ações de assistência social, tanto de caráter permanente como transitório, e neste caso a Assistência Social era direcionada às pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade, necessitando, portanto, de proteção social.

Para regulamentar o SUAS, foi aprovada em 2005 a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS) e em 2006 a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH/SUAS) (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2006).

De acordo com a NOB/SUAS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 17), são princípios do SUAS:

- matricialidade sociofamiliar;
- territorialização;
- a proteção pró-ativa;
- integração à seguridade social;
- integração às políticas sociais e econômicas.

Para Pansini (2011, p. 138), o princípio da territorialização visa possibilitar a proteção social na perspectiva da universalidade de cobertura a indivíduos e famílias sob situação similar de risco, e também o planejamento da localização da rede de serviços, tendo como referência os territórios de maior incidência de riscos sociais.

O processo de intersectorialidade na NOB-SUAS é abordado na reafirmação da Seguridade Social, dessa forma “[...] a rede de proteção social brasileira compõem-se da previdência social, da saúde e da assistência social que devem manter relações de completude e integração com análise da incidência de riscos à população brasileira.” (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 17).

A NOB-SUAS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 9, grifo nosso) estabeleceu o modo de concepção e de ação integrada dos entes federados (União, Estados-Membros e Municípios) numa perspectiva intersectorial:

- pela exigência de ação integrada com a sociedade civil, por meio de suas organizações sem fins lucrativos, nominadas em lei como entidades de Assistência Social, sob o modelo público não-contributivo e não-lucrativo de gestão, cuja direção, nem estatizadora, nem de subsidiariedade, consagra parcerias sob a primazia do dever de Estado e do direito de cidadania;
- pela articulação e integração com as demais políticas sociais e econômicas, resguardando o seu campo de especificidade como política pública de seguridade social;
- pelo compromisso com o desenvolvimento humano e social do país e pela partilha de ações intersectoriais governamentais, para enfrentar e superar a pobreza, as desigualdades sociais, econômicas e as disparidades regionais e locais existentes no país;
- pelo caráter não-contributivo da proteção social de Assistência Social ao compor, com a saúde e a previdência social, o sistema brasileiro de Seguridade Social.

Segundo a normativa supracitada (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 14) são eixos estruturantes da gestão do SUAS:

- a. precedência da gestão pública da política;
- b. alcance de direitos socioassistenciais pelos usuários;
- c. matricialidade sociofamiliar;
- d. territorialização;
- e. descentralização político-administrativa;
- f. financiamento partilhado entre os entes federados;
- g. fortalecimento da relação democrática entre Estado e sociedade civil;
- h. valorização da presença do controle social;
- i. participação popular/cidadão usuário;
- j. qualificação de recursos humanos;
- k. informação, monitoramento, avaliação e sistematização de resultados.

As competências do SUAS por meio da NOB-SUAS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 15) demonstram profunda ligação com a proposta de intersetorialidade e também com os demais sistemas de:

[...] direitos humanos, em específico com aqueles de defesa de direitos de crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, mulheres, negros e outras minorias; de proteção às vítimas de exploração e violência; e a adolescentes ameaçados de morte; de promoção do direito de convivência familiar.

Tais propostas encontram-se no âmbito da rede de proteção social, mas a normativa também propõe a intersetorialidade externa, ou seja, com outras áreas de atenção, como a saúde, educação, previdência e assistência judiciária:

- articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas ruas;
- articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Nacional de Previdência Social, gerando vínculos entre sistemas contributivos e não-contributivos;

- articulação interinstitucional de competências e ações complementares com o Sistema Nacional e Estadual de Justiça para garantir proteção especial a crianças e adolescentes nas ruas, em abandono ou com deficiência; sob decisão judicial de abrigamento pela necessidade de apartação provisória de pais e parentes, por ausência de condições familiares de guarda; aplicação de medidas socioeducativas em meio aberto para adolescentes. Também, para garantir a aplicação de penas alternativas (prestação de serviços à comunidade) para adultos;
- articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Educacional por intermédio de serviços complementares e ações integradas para o desenvolvimento da autonomia do sujeito, por meio de garantia e ampliação de escolaridade e formação para o trabalho. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 15, grifo nosso).

Considerando as competências da política de assistência descritas na NOB-SUAS, a proteção social é a que atua nas áreas de vitimizações, fragilidades, contingências, vulnerabilidades e situações de riscos que o cidadão, a cidadã e suas famílias enfrentam em sua trajetória de vida, em decorrência de imposições sociais, econômicas, políticas e de ofensas à dignidade humana.

A política de assistência social estabelece seus objetivos de proteção social por meio de ações “[...] socioeducativas ao cidadão e cidadã e suas famílias para suprir suas necessidades de reprodução social de vida individual e familiar; desenvolver suas capacidades e talentos para a convivência social, protagonismo e autonomia.” (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 18).

A PNAS/2004 aborda a questão da proteção social em uma perspectiva que valoriza sua *articulação* com outras políticas do campo social que também são direcionadas a garantia de direitos e de condições dignas de vida. Segundo a política, o princípio da atenção social alcança:

[...] um patamar que é balizado pelo esforço de viabilização de um novo projeto de desenvolvimento social, onde não se pode pleitear a universalização dos direitos à Seguridade Social e da proteção social pública, sem a composição correta e suficiente da Política Pública de Assistência Social em nível nacional. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 11).

A Política Nacional de Assistência Social, como política pública que preza pelo cumprimento dos direitos sociais, tem importância decisiva na efetivação e acompanhamento dos direitos, na medida em que viabiliza e promove a

descentralização, a transferência e a acessibilidade dos serviços, além de garantir à sociedade espaços de participação. “Trata-se, efetivamente, de operar um modelo emancipatório, que requeira, então, a provisão das medidas da Política de Assistência Social que responda às necessidades sociais e coletivas [...]” (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 16).

De acordo com as descrições da PNAS/2004 na NOB-SUAS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 16), “[...] são funções da Assistência Social: a proteção social hierarquizada entre proteção básica e proteção especial; a vigilância social; e a defesa dos direitos socioassistenciais”.

Na versão anotada da LOAS, os serviços de política de assistência social são executados pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), no âmbito da proteção social básica, e pelo Centro de Referência Especial da Assistência Social (CREAS), no âmbito da proteção social de média e alta complexidade:

Os serviços de proteção social básica serão executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e em outras unidades públicas de assistência social, bem como de forma indireta nas entidades e organizações de assistência social da área de abrangência dos CRAS;

A proteção social especial tem por referência a ocorrência de situações de risco ou violação de direitos. Os serviços de proteção especial subdividem-se em média complexidade e alta complexidade;

- A proteção social especial de média complexidade é coordenada e articulada nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, unidades públicas estatais responsáveis pela oferta de orientação e apoio especializados e continuados a indivíduos e famílias com direitos violados, direcionando o foco das ações para a família na perspectiva de potencializar e fortalecer sua função protetiva. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2009b, p. 25).

I Proteção Social

[...] consiste no conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto das alterações sociais e naturais ao ciclo da vida, à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 16-17).

A proteção social básica será operada por intermédio das unidades de Referência de Assistência Social (CRAS), que são responsáveis pela oferta de serviços socioeducativos; pelo controle e acompanhamento de usuários inseridos em benefícios assistenciais, benefícios de prestação continuada; e também pela prestação de serviços e desenvolvimento de projetos de capacitação.

Segundo a PNAS/2004, a proteção social básica pretende:

[...] prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente de pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outras). (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2004, p. 27-28).

Dentre alguns dos Programas Sociais desenvolvidos pela proteção social básica podemos destacar os seguintes:

- Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF);
- Programa de Inclusão Produtiva;
- Programas de incentivo ao protagonismo juvenil e de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- ProJovem.

A proteção social especial tem como objetivo atender as situações de risco ou de violação de direitos envolvendo crianças e adolescentes sob exploração do trabalho, sob medida socioeducativa, sob abuso e/ou exploração sexual ou que tenham algum tipo de deficiência; idosos, migrantes; pessoas dependentes de substâncias psicoativas; pessoas em situação de abandono; e núcleos familiares em que se identifiquem casos de negligência ou abandono de incapaz, maus tratos e violência.

A proteção social especial tem o objetivo de fortalecer os vínculos familiares e comunitários, promovendo a convivência do usuário. O atendimento deste equipamento social está voltado para o atendimento domiciliar, a albergues, abrigos, e moradias provisórias; ao acolhimento de crianças e adolescentes em repúblicas, casas de acolhida, abrigos e família acolhedora; também visa atender pessoas com

deficiência e vítimas de violência, indivíduos em situações de riscos circunstanciais, em decorrência de calamidades públicas e emergências.

A Proteção Social Especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2004, p. 31).

Dentre alguns programas sociais que proteção social especial desenvolve, podemos citar o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), além da integração e inserção dos Programas Bolsa Família e do PETI no CadÚnico. Este processo de cadastramento e acompanhamento dos usuários prevê auxílio às famílias de baixa renda como medida de enfrentamento da pobreza, conforme LOAS/1993:

Art. 25. Os projetos de enfrentamento da pobreza compreendem a instituição de investimento econômico-social nos grupos populares, buscando subsidiar, financeira e tecnicamente, iniciativas que lhes garantam meios, capacidade produtiva e de gestão para melhoria das condições gerais de subsistência, elevação do padrão da qualidade de vida, a preservação do meio-ambiente e sua organização social.

Art. 26. O incentivo a projetos de enfrentamento da pobreza assentar-se-á em mecanismos de articulação e de participação de diferentes áreas governamentais e em sistema de cooperação entre organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2009b, p. 27).

II Vigilância Socioassistencial

O papel da Vigilância na política de assistência social é de mapear em um determinado território as principais necessidades e serviços disponíveis, possibilitando subsidiar as ações necessárias, identificadas nos dados produzidos por este serviço:

[...] refere-se à produção, sistematização de informações, indicadores e índices territorializados das situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social que incidem sobre famílias/pessoas nos diferentes ciclos da vida (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos); pessoas com redução da capacidade pessoal, com deficiência ou em abandono; crianças e adultos, vítimas de formas de exploração, de violência e de ameaças; vítimas de preconceito por etnia, gênero e opção pessoal; vítimas de apartação social que lhes impossibilite sua autonomia e integridade, fragilizando sua existência; vigilância sobre os padrões de serviços de assistência social em especial aqueles que operam na forma de albergues, abrigos, residências, semi-residências, moradias provisórias para os diversos segmentos etários. Os indicadores a serem construídos devem mensurar no território as situações de riscos sociais e violação de direitos. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2004, p. 33).

III Defesa dos Direitos

• Benefício de Prestação Continuada (BPC)

Benefício previsto na LOAS e no Estatuto do Idoso, constitui no repasse de um salário mínimo mensal às pessoas idosas ou com deficiência e para o seu recebimento é necessário comprovação de renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo.

• Benefícios Eventuais

Previsto no artigo 22 da LOAS, compreende o repasse de auxílio financeiro, por motivo de natalidade ou por morte, a indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade temporária “[...] com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa com deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública.” (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 22-23).

• Transferência de Renda

Essa categoria de auxílio tem por finalidade o repasse de recursos financeiros aos que se encontram em situação de vulnerabilidade social “[...] visando o combate à fome, à pobreza e outras formas de privação de direitos, [...] criando possibilidades

para a emancipação, o exercício da autonomia das famílias e indivíduos atendidos e o desenvolvimento local.” (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 23).

- **Articulação**

Compreende os espaços de participação da comunidade na gestão das políticas públicas. Estes espaços são organizados em âmbito nacional, estadual e municipal.

São espaços de participação aberta, com função propositiva no nível federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, podendo ser instituídos regionalmente. São constituídos por organizações governamentais e não-governamentais, com a finalidade de articular, entre outros: conselhos; união de conselhos; fóruns estaduais, regionais ou municipais e associações comunitárias. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 47).

- **Pactuação**

Diz respeito a negociações e acordos realizados pela gestão da política de assistência social e demais áreas:

As instâncias de negociação e pactuação de aspectos operacionais da gestão do sistema descentralizado e participativo da Assistência Social são as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Essas instâncias são organizadas em âmbito federal (CIT) e estadual (CIB), com a finalidade de assegurar a negociação e o acordo entre os gestores envolvidos, no sentido *de tornar efetiva a descentralização da política* pública de Assistência Social e o comando único em cada esfera de governo, desde que não firam as atribuições específicas dos conselhos, estabelecidas nas respectivas leis de criação e regimentos internos.

Todos os aspectos operacionais do processo de descentralização são objetos de negociação e pactuação nas Comissões Intergestores. As pactuações realizadas nessas comissões devem ser publicadas, amplamente divulgadas, inseridas na rede articulada de informações para a gestão da Assistência Social e encaminhadas, pelo gestor, para apreciação e aprovação dos respectivos conselhos de Assistência Social. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 47, grifo nosso).

No que diz respeito às ações da PNAS, suas políticas exigem uma contrapartida ou algumas condicionalidades para permanência em seus programas e tais condicionalidades mantêm uma interface permanente com as políticas de educação, saúde e trabalho. O Bolsa Família, por exemplo, representa uma dessas ações e tem sido um programa voltado à transferência de renda, promovendo uma pactuação com estados e municípios na contemplação dessa transferência de renda.

Em 2006 tivemos a inauguração de novas políticas sociais com a implementação de mais programas de promoção da cidadania e ampliação de direitos, como o acesso à educação e saúde, dos quais destacamos: Luz para todos, Prouni⁵, Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional, Cadastro Único, Pronatec⁶, Carinhoso.

2.4 Práticas de ações intersetoriais

O projeto de Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde é um exemplo de ação que visa promover a intersetorialidade na área da saúde, e envolve uma parceria entre a Associação Canadense de Saúde Pública, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Destaque-se que esse projeto foi executado em seis municípios brasileiros: Americana (SP), Curitiba (PR), Goiânia (GO), Barra de Guabiraba (PE), Manguinhos (RJ) e Sobral (CE), sempre com a proposta de promover ações intersetoriais envolvendo a comunidade, gestores governamentais e instituições de ensino superior.

Na cidade de Manguinhos, Rio de Janeiro, os principais propósitos foram: mapeamento e análise dos espaços coletivos e das estratégias de mobilização e empoderamento das lideranças locais; identificação dos atores-chave para a colaboração em ações intersetoriais e de participação da população nos rumos dos projetos de desenvolvimento local e levantamento de equipamentos e iniciativas sociais presentes no território, tendo como base uma pesquisa feita em 2000.

No Brasil, ambas as políticas (saúde e assistência social) foram construídas a partir dos rebatimentos históricos da política, da economia, da ciência, cultura, entre

⁵ Programa Universidade para todos.

⁶ Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego.

outros. Ambas também passaram pelo processo de democratização no Brasil, passando a priorizar a participação da sociedade na gestão das políticas públicas, como também, a articulação com as demais políticas.

Portanto, a rede protetiva na área da saúde e assistência social tem uma parceria histórica com entidades beneficentes, da qual resultaram, no entanto, programas fragmentados e, na maior parte das vezes, desvinculados da realidade onde se instalavam, sem apresentar compromisso com o espaço público, com programas seletivos e com as gestões locais, quase sempre eram centralizadoras e pouco participativas, “[...] consolidaram uma cultura tuteladora que não tem favorecido o protagonismo nem a emancipação dos usuários das políticas sociais e especialmente dos mais pobres em nossa sociedade [...]” (YAZBEK, 2014, p. 100).

A intersetorialidade tornou-se requisito fundamental para garantir os direitos de cidadania e exige que as ações de saúde e assistência social ocorram em sintonia e em articulação com outras políticas públicas, uma vez que os principais pressupostos dessas ações, a saber, territorialidade, descentralização e intersetorialidade, têm justamente o objetivo de promover a inclusão social e melhorar a qualidade de vida da população.

A partir do conhecimento do conceito de intersetorialidade e de como se deu sua construção ao longo do tempo, discutiremos a seguir sobre a rede protetiva à pessoa idosa, dando ênfase aos serviços da Saúde e da Assistência Social oferecidos ao indivíduo que se encontra em situação de fragilidade e dependente do auxílio de terceiros, como é o caso da pessoa acamada.

CAPÍTULO 3 REDE DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA

Reconhecemos a importância da existência de um serviço de atenção domiciliar significa respeitarmos a condição humana existente em cada indivíduo que sofre, sente e busca saídas para os problemas que enfrenta (HELLER, 2008). É no cotidiano de vida das pessoas que as políticas públicas respondem a uma necessidade efetiva da sociedade.

Antes do surgimento dos hospitais e ambulatorios, era comum que o cuidado da saúde se desse no domicílio da pessoa. Com o advento da medicina científica, no século XIX, iniciou-se o processo de institucionalização da saúde e as pessoas passaram a ser consideradas como paciente, a quem se colocava na condição de “[...] doente, de assistência, segregação e exclusão”, e uma vez internado era tomado como em estado terminal (BRANT; MINAYO, 2004 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 12).

A prática da medicina familiar, conhecida pelo atendimento em domicílio, em que o médico atende a todos os membros família, desde crianças a idosos, foi adotada a partir da década de 1950 em diferentes locais do mundo, como Canadá e Estados Unidos. Essa prática chega na América Latina a partir da década de 1980, destacando um tipo de atendimento mais abrangente, envolvendo questões sociais, culturais e comportamentais das famílias e comunidade:

A partir dos anos 1950, a Medicina Familiar passou a ser adotada em diferentes países, como por exemplo, no Canadá, nos EUA e no Nepal, onde os médicos de família participam da atenção a pacientes hospitalizados e não somente nos ambulatorios e primeiro socorros, de atendimento à demanda espontânea. O sistema de saúde canadense, por exemplo, passou a conter como princípios da política de saúde pública a universalidade, integridade, gestão pública e acessibilidade, garantindo, assim, o direito à saúde em todos os níveis de atenção.

O modelo de Medicina Familiar atingiu a América Latina por volta dos anos 1980, com iniciativas no Chile, onde o cuidado com a atenção estendia-se a toda família e em todas as etapas do ciclo vital. Segundo Silva (2007, p.25), o enfoque biopsicossocial promoveu a mudança de um paradigma biomédico, para um enfoque holístico, do cuidado personalizado, tendo a família como a unidade de atenção. Entre os anos de 1960 e 1970, o Brasil, foi intensamente influenciado pelo movimento de Medicina Comunitária, aplicando uma visão social mais ampla a respeito da saúde-doença. (MARTINS, 2008, p. 26-27).

Segundo dados do Ministério de Saúde, que se encontram em publicação feita pelo Departamento em Atenção à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a), a prática de cuidados da saúde em domicílio já existiam no Egito Antigo (cerca de 3.200 a.C.) e também na Grécia.

A partir de então, o hospital ganha status de instituição de saúde e a residência deixa de ser o lugar em que os doentes recebiam um tratamento privado, acompanhados apenas pela família, passando a expor aos outros seus sofrimentos. Segundo Brant e Minayo (2004 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p.12) a família perde a “[...] autoridade sobre a maneira de cuidar do seu ente, que seria isolado e ‘olhado cientificamente’ e se viu cada vez mais obrigada a solicitar atenção médica.”

A atribuição social do hospital tende a manter e reforçar o modelo hospitalocêntrico da saúde e representar a figura do médico como o único capaz de curar, desconsiderando os demais fatores que podem impedir o adoecimento, aquelas envolvem a saúde-doença.

O modelo de atendimento à saúde, centralizado no médico, demonstra-se falido porque não consegue trabalhar com as demais situações que exercem influência no processo saúde-doença, como por exemplo, questões ligadas à infraestrutura, saneamento básico, alimentação, questões sociais, como o próprio processo de envelhecimento da população, que demanda uma “[...] melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos [...] na formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde.” (SILVA et al, 2010 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p.12).

O hospital é também considerado como único local responsável e competente para resolver as questões relativas ao processo saúde-doença, ainda que também possa ser utilizado como recurso de média e alta complexidade, fica esquecido que os procedimentos de baixa complexidade sejam resolvidos pelas políticas públicas, por equipes da atenção básica de saúde e comunidade. Os procedimentos de baixa e médica complexidade, também podem ser resolvidos nos domicílios, desde que acompanhados por serviços de Atenção Domiciliar (AD).

O serviço de AD foi implantado seguindo uma proposta contrária ao modelo de medicina tradicional, isto é, esse serviço parte da ideia de que todos (família, comunidade e serviços – de saúde, assistência, previdência, etc.) são responsáveis

pela manutenção da saúde e sujeitos atuantes nas questões envolvendo a noção de cuidado. O atendimento em domicílio permite um contato direto com a realidade das famílias e, assim, é possível conhecer a rotina, os valores e os vínculos da família, suas relações sociais e formas de cuidar, considerando igualmente seus costumes e tradição.

O serviço de AD surgiu em 1947 não só como forma de estender os cuidados médicos, mas também como forma de desocupar leitos hospitalares, visando à economia de recursos. “A partir de então, as experiências deste tipo multiplicaram-se na América do Norte e Europa.” (REHEM; TRAD, 2005 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p.12).

No Brasil, a atenção domiciliar à saúde contou inicialmente com os Médicos de Família, os profissionais legais de medicina que atendiam seus abastados clientes em casa, proporcionando uma assistência humanizada e de qualidade [...] cabia a filantropia, o curandeirismo e a medicina caseira (SAVASSI; DIAS, 2006 apud BRASIL, 2012a, p. 13). [...] O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho, foi a primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira organizada como um serviço. No entanto, a atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde 1963 (REHEM & TRAD, 2005 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 13).

Segundo Silva et al (2010 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 13) os serviços de atenção domiciliar tem se expandido no Brasil, sobretudo a partir da década de 1990 “[...] fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).”

Por um longo período, a saúde no Brasil teve um caráter privado e contributivo, e devido à forte pressão exercida pela população chegou a uma condição de política pública, de natureza universal e gratuita. No entanto, esse resultado só foi alcançado definitivamente em 1988, com a nova Constituição, conforme preconiza o artigo 196 deste documento:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às

ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

O direito à saúde integral e em todos os níveis é garantido pela a Lei Orgânica da Saúde (LOS) - Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) que responsabiliza o Estado por este fornecimento. A Lei também cita que os recursos necessários à saúde devem ser plenamente acessíveis:

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 7º I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

Art. 10º - § 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde. (BRASIL, 1990a).

A Constituição também previa a organização do funcionamento do sistema de saúde pública no Brasil, o que se deu por meio de duas leis editadas - Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b). Juntas as duas leis formam parte da Seguridade Social, e neste caso, a Saúde, a Previdência e a Assistência Social formam o tripé das políticas econômicas e sociais do país. A LOS esclarece o papel das três instâncias de governo – federal, estadual e municipal –, como também o reconhecimento do direito da população de obter um meio ambiente saudável e equilibrado, além de outros fatores, como se pode observar em seu artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990a).

Este artigo da Lei 8.080/1990 foi alterado pela Lei 12.864, de 2013 (BRASIL, 2013b), que passou a incluir a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde, ficando sua nova redação da seguinte forma:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

O sedentarismo tem sido o fator responsável pelo desencadeamento de diferentes comorbidades, que podem oferecer graves riscos à saúde, como diabetes, hipertensão, colesterol, problemas do sistema circulatório e respiração, etc.

Com a vigência e organização do Sistema Único de Saúde, buscou-se a implantação de diversas tecnologias, que podem ser classificadas como “duras”, isto é, aquelas relacionadas a equipamentos de diagnósticos e terapêuticos, bem como aos dispositivos que visam à reabilitação funcional, como órteses e próteses, além de protocolos ou diretrizes clínicas e assistenciais; ou podem ser classificadas como “leves”, correspondendo estas últimas a abordagens humanizadas e acolhedoras no mundo das necessidades de saúde (MERHY, 2002 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b, p. 13). E foi justamente nesse sentido que se buscou a construção e a operação de práticas que contemplassem uma assistência com intensidade de cuidados variáveis, tendo como característica comum realizar “[...] a intervenção terapêutica no interior do domicílio do usuário.” (MERHY, 2002 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c, [p. 3]).

No documento exposto pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c, [p. 3-4]), a análise dessas experiências demonstrou a existência de pelo menos quatro grupos de objetivos não tão distintos, que estabelecem o centro dos eixos de atuação:

1. Desospitalização: quando a internação é realizada mediante motivos relacionados a questões como a exclusão social ou por vulnerabilidade da família. O que muito provavelmente exigisse a criação de alternativas, ações e políticas voltadas às questões sociais.

2. Processos de “alta precoce”: demonstrando um forte viés de busca da garantia de redução de recursos hospitalares, quando há o cuidado em casa.
3. Redução de intercorrências: quando há a atenção domiciliar a pacientes crônicos, consegue-se reduzir as reinternações recorrentes, e consequentemente reduzir os custos com internações.
4. Processo terapêutico humanizado: quando o paciente encontra-se em casa possibilita a redução do sofrimento em situação de cuidados paliativos, onde o alívio da dor e, porque não dizer, uma boa morte é o objeto do processo de trabalho em saúde.

Um estudo realizado em 2010 pela psicóloga portuguesa Dra. Bárbara Gomes identificou que os fatores que mais favorecem uma morte aceitável e digna, na visão dos pacientes, são aqueles relativos a cuidados intensivos realizados no domicílio do doente, bem como aqueles que se relacionam a criação de uma rede solidária e afetiva de familiares e amigos. Apesar disso, desconsideradas algumas iniciativas do Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Austrália e Portugal, as pessoas ainda terminam suas vidas nos leitos hospitalares. Em Portugal cerca de 67% dos óbitos ocorrem no hospital. A pesquisadora da *King's College London*, junto de uma equipe de pesquisadores, analisou mais de 1,5 milhões de doentes em 13 países e identificou 17 fatores que são essenciais para os pacientes terminais, sendo o principal deles o suporte familiar.

A atenção domiciliar propõe uma vinculação territorial que acompanha e integra a rede de serviços, além de permitir um maior contato com o cotidiano e costumes das comunidades, de forma que são estabelecidos mecanismos claros de co-responsabilização pelos cuidados prestados.

Assim, a solicitação de inclusão no programa pode partir das unidades de atenção básica de referência, pelas unidades de atenção a urgências ou pelas equipes de assistência hospitalar para as equipes, sendo que a inclusão deverá ser de responsabilidade da Equipe de Internação Domiciliar. Quando os usuários estiverem em condições de alta do programa, essa responsabilidade será transferida à esfera pertinente, ou seja, à atenção básica. Caso haja agravamentos sujeitos a intervenção terapêutica de maior intensidade e densidade de cuidados, estes poderão, de acordo com a necessidade, ser transferidos para a sua unidade hospitalar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c, [p. 6]).

No caso da rede de vínculos afetivos e sociais, o processo de desospitalização deve considerar também as capacidades e desejos do usuário e/ou família:

[...] a análise do processo de desospitalização, deve também ser levada em conta capacidade e desejos existentes na rede pessoal de vínculos do usuário e mesmo a possibilidade desses requisitos poder ser elaborada junto à equipe de internação domiciliar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, [p.7]).

A construção de vínculo entre equipe de atenção à saúde, familiares e comunidade, possibilita o desenvolvimento do protagonismo dos atores envolvidos na situação, por meio do diálogo, acolhimento e criação de canais de escuta. Tal processo de aproximação também auxilia na prestação dos serviços, pois não há como pensarmos neste tipo de atendimento de forma isolada e fragmentada, já que ele deve levar em conta as condições locais, habitacionais, sociais, culturais, bem como estrutura e funcionamento da rede básica, a decisão do gestor e a tecnologia disponível para realização dos cuidados, entre outras.

Pressupõe-se, portanto, a construção de projetos loco-regionais de internação domiciliar, que ainda que preservem diretrizes de caráter macro-regionais ou nacionais, seja resultado da intercessão destas com a leitura do espaço-território específico onde irá se desenvolver. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c, [p.8]).

Com a Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, houve aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, ANEXO, item 1) cuja finalidade é “[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.” Esta política tem o compromisso com os princípios estabelecidos na Assembleia Mundial para o Envelhecimento, realizada em 2002 em Madri (Espanha), apresentados a seguir:

- (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza.
- (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável.
- (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.
- (d) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, [p. 3]).

A PNSPI/2006 determinou, em seu Art. 2º e 3º, que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovessem a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Tal proposta visa construir um sistema de atendimento e serviço específicos para a população idosa, promovendo a compatibilização de diretrizes e a divisão de responsabilidades em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).

Desde o ano de 2002, por meio da Portaria 702 do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002c), foi legitimada a construção de uma rede de proteção à saúde da pessoa idosa, com a organização e construção de Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Os Hospitais Gerais, embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, deverão prestar atendimento de caráter ambulatorial e de internação hospitalar. Já os Centros de Referência de Assistência à Saúde do Idoso (CRASI), deverão envolver as diversas modalidades assistenciais, como a internação hospitalar, o atendimento ambulatorial especializado, o hospital-dia e a assistência domiciliar, de modo que tenha capacidade de se constituir em referência na rede de assistência à saúde do idoso.

Segundo o Ministério da Saúde (2002c, p. 18) existem no estado de São Paulo quinze unidades de Centros de Referência à Saúde da Pessoa Idosa, é, portanto, o estado com o maior número de unidades.

QUADRO 2 - Distribuição do CRASI no estado de São Paulo

Estado	n	Estado	n
ACRE	1	PARAÍBA	1
ALAGOAS	1	PARANÁ	4
AMAPÁ	1	PERNAMBUCO	3
AMAZONAS	1	PIAUÍ	1
BAHIA	5	RIO DE JANEIRO	7
CEARÁ	3	RIO GRANDE DO NORTE	1
DISTRITO FEDERAL	1	RIO GRANDE DO SUL	5
ESPÍRITO SANTO	1	RONDÔNIA	1
GOIÁS	2	RORAIMA	1
MARANHÃO	2	SANTA CATARINA	2
MATO GROSSO	1	SÃO PAULO	15
MATO GROSSO DO SUL	1	SERGIPE	1
MINAS GERAIS	8	TOCANTINS	1
PARÁ	3	TOTAL BRASIL	74

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002c, p. 18.

Como parte de operacionalização das redes, foram criadas normas para a abertura e formação dos CRASI, conforme Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002 e Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002c). Os CRASI podem assumir a assistência e principais cuidados quando a pessoa idosa perde sua capacidade funcional, isto é, nos casos em que há perda das habilidades físicas e mentais indispensáveis para realização de atividades básicas da vida diária. De acordo com Freitas e Moraes (2008, p. 298), o CRASI é definido como:

[...] um hospital com, no mínimo, cem leitos, apresentando quatro modalidades assistenciais: (1) internação hospitalar, (2) hospital-dia geriátrico, (3) ambulatório especializado em saúde do idoso e (4) assistência domiciliar (Portaria SAS/MS 249/2002). Um levantamento do perfil de funcionamento dos Crasi feito pela Área Técnica de Saúde do Idoso do MS, em 2005, mostrou que a modalidade assistencial mais atuante, em todos os Crasi, é o ambulatório especializado.

Segundo a Portaria 249/2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002d, [p.3]) os CRASI serão responsáveis pela assistência integral e integrada aos pacientes idosos, promovendo:

- o envelhecimento saudável;
- a manutenção da autonomia e da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- reabilitação da capacidade funcional comprometida e,
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Segundo o Guia de Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde (2002c, p. 22-31), entre alguns serviços que podem ser oferecidos às pessoas idosas se incluem:

1 Internação hospitalar

Este serviço foi implantado com a Lei 10.424/2002, por determinação da Lei 8.080/90, prevendo que nas modalidades de assistência e de internação domiciliar estivessem incluídos os procedimentos médicos, de enfermagem, de fisioterapia, de psicologia e de assistência social, além de outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

Sobre a internação geriátrica, cada CRASI deve possuir um percentual mínimo de 10% de seus leitos gerais, instalados em hospital e cadastrados no SUS. O diferencial do atendimento oferecido pelo CRASI, comparado a um atendimento comum, é que ele se pauta por uma avaliação do tipo e grau de incapacidade do paciente na sua realização de atividades básicas da vida diária.

2 Hospital-dia geriátrico

Nos CRASI deverá ter instalado, e, mantido em funcionamento, o serviço de assistência ao tratamento terapêutico, indicado e realizado por equipe multiprofissional. O hospital-dia geriátrico deve garantir ações de reabilitação, como: reeducação para as atividades da vida diária e autocuidado, fortalecimento da marcha e do equilíbrio e reeducação e/ou adequação de hábitos alimentares, vesicais e intestinais, além da reabilitação psicossocial. Essa modalidade representa uma forma intermediária de atendimento à saúde, ficando entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, ou complementar a esta, e seu propósito é a viabilização de uma assistência integral e integrada.

3 Ambulatório especializado em saúde do idoso

O CRASI deve possuir um Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso, que ofereça um atendimento por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Nesse ambulatório, o paciente idoso receberá atendimento do tipo: individual (consulta médica e de enfermagem; fisioterapia; psicoterapia; terapia ocupacional; educação e orientações dietéticas; reabilitação da fala e deglutição); grupal (grupo operativo, terapêutico, atividade socioterápica; grupo de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde).

4 Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer

Os Centros de Referência são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento, acompanhamento dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores, além do que mais for necessário à adequada atenção aos portadores de Alzheimer.

A existência de uma equipe multiprofissional está prevista, envolvendo as áreas de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, de estimulação cognitiva e comportamental (individual/grupal), nutricional e dietéticos.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, existem quatro unidades que realizam este trabalho específico, voltado a pessoas com Alzheimer, no estado de São Paulo:

QUADRO 3 - Unidades de assistência a portadores da doença de Alzheimer no estado de São Paulo

SP	Escola Paulista de Medicina Hospital São Paulo Hospital Universitário
SP	Das Clínicas da Faculdade de Medicina USP – Hospital Universitário
SP	Irmandade Santa Casa MIS S Paulo FAC C MED S CASA HOSP UNIV
SP	Santa Tereza de Ribeirão Preto (Estadual)

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002c, p. 94.

5 Assistência domiciliar

Essa modalidade de assistência se caracteriza por um atendimento prestado no domicílio do paciente, e compreende um conjunto de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e de reabilitação, cujo propósito é aumentar a autonomia e capacidade funcional do idoso. A assistência domiciliar identifica e orienta o cuidador familiar.

A atenção domiciliar abrange uma gama de serviços realizados no domicílio e destinados às necessidades dos pacientes – neste caso, as necessidades do idoso. A atenção domiciliar tem um caráter amplo, compreendendo visita domiciliar, assistência/atendimento domiciliar e internação domiciliar, conforme já comentamos anteriormente.

Esta portaria definiu ainda a composição do serviço, a saber:

- equipes multiprofissionais: médico, enfermeiro e técnico em enfermagem;
- equipe matricial de apoio: outros profissionais de nível superior;
- municípios com 100.000 poderão implantar este tipo de serviço;
- a meta é monitorar 30 casos de internação domiciliar por mês, por 30 dias;
- os serviços devem prestar apoio durante o período noturno e fins de semana.

A equipe deverá elaborar sua forma de análise para inclusão no Programa, considerando os critérios abaixo como prioridade, conforme estabelecido em lei:

- I - idoso;
- II - portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
- III - portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos;
- IV - portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

Em 2013, por meio da Portaria 963, de 27 de maio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), o Ministério da Saúde redefiniu a Atenção Domiciliar, estabelecendo normas para cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), suas respectivas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP) e a forma de habilitação dos estabelecimentos de saúde e valores de incentivo.

Esta Portaria definiu que os cuidados domiciliares seriam realizados por equipes de atenção básica e seriam compostos pelo Programa de Saúde da Família e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ainda destacou esse serviço como essencial para o sistema de saúde, podendo funcionar com um serviço substitutivo ou complementar ao serviço de internação hospitalar, além de se integrar aos demais serviços da rede:

- I - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;
- II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

Com esta redefinição, a Portaria também destaca o objetivo da Atenção Domiciliar:

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O serviço de atenção domiciliar passou então de uma modalidade específica da Saúde para uma modalidade substitutiva ou complementar, de outros serviços já existentes na rede pública, como o PSF e NASF, bastando a realização de um reordenamento destes, implicando no aumento de funcionários, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais que se fizerem necessário (assistente social, psicólogo, etc).

A Portaria 963/2013 estabeleceu três modalidades de atendimento na Atenção Domiciliar, de acordo com o número de habitantes da localidade, sendo:

QUADRO 4 – Tipos de Serviço de Atenção Domiciliar

Serviço de Atenção Domiciliar 1	Entre 20.000 e 40.000 habitantes	EMAP 2 - Médico; enfermeiro; técnico em enfermagem; fisioterapeuta ou assistente social.
Serviço de Atenção Domiciliar 2	Acima de 40000 habitantes	EMAP 1 - Médico; enfermeiro; técnico em enfermagem; fisioterapeuta e/ou assistente social.
Serviço de Atenção Domiciliar 3	Municípios agrupados com população igual ou superior a 20000 habitantes	EMAP 2 - Médico; enfermeiro; técnico em enfermagem; fisioterapeuta ou assistente social.

Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado na Portaria 963/2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para o desenvolvimento deste trabalho de atenção domiciliar, a parceria entre a equipe de serviço domiciliar e o cuidador se torna uma exigência, conforme o artigo 2º da Portaria 963/2013 “III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Todas as modalidades devem se integrar à rede de atenção à saúde, e cada equipe deve orientar e sanar as dúvidas dos usuários e familiares atendidos, usando linguagem clara e acessível. No artigo 19 da Portaria 963/2013, há ainda a determinação de que os profissionais devem assumir o compromisso de se

manterem atualizados, participando de cursos de formação permanente promovidos pelos gestores.

Das atribuições específicas a cada modalidade, a Portaria 963/2013 estabelece:

- **Modalidade 1:** a casos de menor complexidade, mas que envolvam indivíduos que possuem dificuldade ou impossibilidade de locomoção. O serviço domiciliar será desenvolvido pelas unidades básicas de saúde.

Art. 20. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que:

I - possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

- **Modalidade 2:** destina-se às pessoas com dificuldades ou impossibilidade de locomoção e que necessitam de um cuidado e acompanhamento mais sistemático.

Art. 23. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações abaixo listadas:

I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

III - necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;

IV - adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

V - adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;

VI - adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;

VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação;

IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;

X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;

XI - necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;

XII - necessidade de cuidados paliativos; e

XIII - necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido.

Parágrafo único. Na modalidade AD2 será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de

funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

- **Modalidade 3:** também é dirigida a pacientes que possuem dificuldade ou impossibilidade de locomoção, mas que também exigem um acompanhamento contínuo da equipe de saúde.

Art. 24. A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Art. 25. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique:

I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e

II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:

a) Suporte Ventilatório não invasivo:

i. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP);

ii. Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);

b) diálise peritoneal; ou

c) paracentese⁷.

Parágrafo único. Na modalidade AD3 será garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Outra contribuição do atendimento domiciliar a pacientes fragilizados se deu por meio da publicação da Portaria de nº 120/ abril de 2009 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) que propõe a construção de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, voltados a pessoas sob risco nutricional ou desnutridos, e devem incluir serviços de triagem e avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração de fórmula nutricional, os centros podem ainda ser responsáveis pela manipulação/fabricação de fórmulas nutricionais. Em pessoas idosas é comum constatar problemas de mastigação, deglutição (engolir) e fonoarticulação, que podem levar a inapetência (falta de

⁷ Paracentese, segundo o dicionário Michaelis, significa uma operação que consiste em praticar uma punção numa cavidade cheia de líquido, para o fazer evacuar.

apetite), engasgos, podendo acarretar desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa, etc.

No entanto, não foi identificada a implantação desse tipo de serviço nos municípios. O atendimento nutricional e fonoaudiológico pela rede pública de saúde ainda é de difícil acesso, ficando a cargo dos serviços privados o oferecimento deste serviço.

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d), o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas pelas três esferas de governo. E foi apresentada, igualmente, uma série de ações que visam, finalmente, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

Segundo a PNSPI/2006, a população idosa hoje no Brasil representa cerca de 9% da população nacional e consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) (LIMA-COSTA et al., 2000 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b). Segundo o Grupo Técnico de Avaliação e Informações da Saúde (GAIS), entre os anos de 2000 e 2010, as doenças do aparelho circulatório foram as causas mais frequentes de internação hospitalar; as doenças do aparelho respiratório, são as doenças que aparecerem em segundo lugar, seguidas do aparelho digestivo e, em quarto lugar, as neoplasias.

Na segunda ilustração é possível verificar os principais motivos de internação em algumas cidades do estado de São Paulo, sendo a grande São Paulo predominante em pelo menos quatro tipos de doenças, seguida de outras de três cidades com mais casos de internação por complicações no aparelho circulatório, respiratório, digestivo e as neoplasias:

- Doenças do aparelho circulatório: São Paulo, Campinas, São José do Rio Preto e Bauru.
- Doenças do aparelho respiratório: São Paulo, Campinas, São José do Rio Preto e Bauru.
- Doenças do aparelho digestivo: São Paulo, Campinas, São José do Rio Preto e Bauru.
- Neoplasias: São Paulo, Campinas, São José do Rio Preto e Taubaté.

ILUSTRAÇÃO 1 – Principais motivos de internações nas capitais do estado de São Paulo

Capítulo CID-10	2000			2010		
	Intern.	%	Tx	Intern.	%	Tx
Doenças do aparelho circulatório	122.994	28,7	370,8	144.797	26,1	303,5
Doenças do aparelho respiratório	65.194	15,2	196,5	76.272	13,7	159,9
Doenças do aparelho digestivo	44.826	10,5	135,1	61.708	11,1	129,3
Neoplasias (tumores)	28.002	6,5	84,4	55.649	10,0	116,6
Doenças do aparelho geniturinário	26.682	6,2	80,4	43.604	7,8	91,4
Lesões (Causas Externas)	24.142	5,6	72,8	42.994	7,7	90,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	13.751	3,2	41,5	29.341	5,3	61,5
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	23.723	5,5	71,5	22.558	4,1	47,3
Doenças do olho e anexos	11.866	2,8	35,8	13.484	2,4	28,3
Sint., sinais e achados anorm. (mal definidos)	11.114	2,6	33,5	12.731	2,3	26,7
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	10.839	2,5	32,7	12.420	2,2	26,0
Doenças do sistema nervoso	10.806	2,5	32,6	11.681	2,1	24,5
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5.293	1,2	16,0	9.790	1,8	20,5
Transtornos mentais e comportamentais	17.349	4,1	52,3	6.135	1,1	12,9
Todos os demais	11.304	2,6	34,1	12.312	2,2	25,8
Total	427.885	100,0	1.290,0	555.476	100,0	1.164,2

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS – pesquisado em out/2011.

* Tx: internações de idosos/pop. idosos x 10 mil.

Fonte: MENDES, 2011, p. 3.

ILUSTRAÇÃO 2 – Número de internações nas cidades do estado de São Paulo

DRS	Doenças do ap. circulatório		Doenças do ap. respiratório		Doenças do ap. digestivo		Neoplasias	
	Intern.	Tx	Intern.	Tx	Intern.	Tx	Intern.	Tx
Grande São Paulo	58.325	278,0	24.155	115,1	23.611	112,6	23.265	110,9
Araçatuba	3.513	351,5	2.493	249,5	1.540	154,1	1.097	109,8
Araraquara	3.657	311,5	2.101	178,9	1.783	151,9	1.606	136,8
Baixada Santista	4.334	198,7	1.991	91,3	1.809	82,9	1.901	87,1
Barretos	1.644	295,8	1.433	257,8	1.099	197,7	899	161,7
Bauru	8.156	387,0	5.228	248,1	3.319	157,5	3.471	164,7
Campinas	11.267	245,2	6.824	148,5	5.435	118,3	4.418	96,1
Franca	2.379	312,2	1.507	197,8	1.169	153,4	885	116,1
Marília	6.853	446,3	4.080	265,7	2.355	153,4	2.083	135,7
Piracicaba	3.674	213,9	1.851	107,8	1.742	101,4	1.847	107,5
Presidente Prudente	4.896	485,3	3.179	315,1	2.101	208,3	1.182	117,2
Registro	886	257,7	514	149,5	438	127,4	324	94,3
Ribeirão Preto	5.965	373,3	3.546	221,9	2.412	151,0	2.256	141,2
S. João da Boa Vista	4.751	459,2	2.873	277,7	2.134	206,2	1.221	118,0
S. José do Rio Preto	10.044	461,3	6.394	293,7	4.292	197,1	3.023	138,9
Sorocaba	7.145	287,5	4.349	175,0	3.230	130,0	2.481	99,8
Taubaté	7.308	296,9	3.754	152,5	3.239	131,6	3.690	149,9
Total	144.797	303,5	76.272	159,9	61.708	129,3	55.649	116,6

Fonte: MENDES, 2011, p. 7.

Segundo a Portaria 2.528/2006, que corresponde à PNPSI, prevê a desospitalização a partir dos seguintes critérios:

- a) segurança desde a intermediação, a alta hospitalar e a ida para o domicílio;
- b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;
- c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, [p. 4]).

É sob esta perspectiva que discutimos a necessidade de haver um serviço público de saúde que ofereça cuidados a pessoa idosa frágil e acamada em domicílio.

A construção de uma rede de proteção que ofereça atendimento a pessoa idosa precisa ser pensada sob um formato que viabilize uma atenção integral à saúde do idoso, integrando diversas áreas do conhecimento, ou seja, é necessário que se adote uma “linha de cuidados” que garanta os direitos dos usuários e seja capaz de identificar suas necessidades, preferências e habilidades. Para isso, a PNPSI/2006 prevê a atuação do Programa de Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar como um dos serviços necessários para a atenção integral.

Essa perspectiva adotada compreende que a saúde vai além da ideia de ausência de doenças, e conduz a uma concepção mais abrangente de saúde, pautada na “interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social” (RAMOS, 2002 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b), em consonância com o Art. 3º da Lei 8.080/1990, o qual compreende a saúde como um conjunto de fatores:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

E para alcançar esse fim, há a necessidade de se reorganizar o SUS com vistas à formação de uma rede de proteção efetiva à pessoa idosa, levando em conta diversos aspectos – social, previdenciário, econômico, saúde, políticos, educação, lazer, esporte, cultura, familiar, relações de gênero, entre outros.

A atenção integral também se estende a uma atenção aos cuidadores, de forma que se possa prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam e também garantir sua qualidade de vida. Para isso, alguns serviços de saúde têm promovido cursos e a formação de grupos voltados a cuidadores, sobretudo aos informais, uma vez que podem ser leigos quanto à forma de cuidar, não dispondo de conhecimento acerca dos diversos procedimentos de que necessita a pessoa acamada, como, por exemplo, a manipulação da alimentação por meio de sonda, a realização de um curativo para escaras⁸, ou até mesmo formas de acesso a recursos necessários, como fraldas, medicação de alto custo, suplemento alimentar, etc. Estas informações iniciais e de manutenção ao cuidado, poderão ser transmitidas via grupo de apoio e de orientação ao cuidador.

O fato da pessoa idosa estar em casa não significa, em absoluto, que todos os cuidados necessários estão sendo garantidos. E os motivos dessa insuficiência no cuidado podem variar, abarcando desde dificuldades momentâneas ou fragilidade do vínculo familiar até situações de negligência e maus tratos. Segundo a PNSPI/2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b) a permanência do idoso em seu domicílio é importante, pois:

[...] os cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar. (CAMARANO; PASINATO, 2004 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

⁸ Segundo dicionário Michaelis, escara significa ferida, resultante de queimadura, cauterização, gangrena etc.

Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório “V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil”. Esse relatório contabilizou cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o país, o que representava, à época, 0,14% da população idosa brasileira.

Para Yazbek (2014, p. 98) a intersectorialidade representa uma articulação das políticas públicas, realizada por meio do desenvolvimento de ações conjuntas, com o propósito de possibilitar um atendimento integral ao cidadão. As ações integradas supõem um atendimento em rede para a população, e esta rede:

[...] sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal [...] uma rede pode ser o resultado do processo de agregação de várias organizações afins em torno de um interesse comum, seja na prestação de serviços, seja na produção de bens (GUARÁ, 1998 apud YAZBEK, 2014, p. 98).

3.1 A atenção à pessoa idosa na área da saúde

A prática da intersectorialidade pressupõe o reconhecimento da possibilidade de parceria entre os órgãos governamentais e os não-governamentais que trabalham com a população idosa. Segundo a PNSPI/2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, [p.10]) a organização do cuidado e serviços intersectoriais “[...] evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.” As ações intersectoriais devem promover a integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa, considerando as características e as necessidades locais, sobretudo permitindo o provimento dos recursos capazes de assegurar qualidade no serviço de atenção à pessoa idosa.

Segundo a PNSPI/2006, as formas de financiamento devem garantir estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para o estabelecimento da parceria:

a) provimento de insumos, ou seja, garantir, em todos os níveis de atenção, o atendimento domiciliar, inclusive medicamentos;

- b) provimento de recursos e adequação de estrutura dos serviços do SUS;
- c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

Na área da Saúde, como estratégia para a implantação da PNSPI/2006, é necessária uma parceria entre os órgãos gestores e uma divisão de atribuições e responsabilidades entre os três níveis de governo – federal, estadual e municipal. O objetivo dessa articulação é definir as formas de atuação e os recursos orçamentários e financeiros necessários para a efetivação desta política.

A PNSPI/2006 destaca a importância da articulação intersetorial para a implementação de ações voltadas às situações de saúde das pessoas idosas, ou seja, “[...] implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, [p. 10]). Entre os setores envolvidos, inclui-se a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente vinculados à questão do idoso.

Ao gestor federal é atribuída a responsabilidade de promover a articulação com os estados e municípios de modo a apoiar a implantação e supervisão das ações e, conseqüentemente, fomentar a articulação intersetorial para a efetivação das políticas.

A responsabilidade do gestor estadual é discutir e pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), as estratégias e metas a serem alcançadas por essa política anualmente, atuando em articulação com municípios em apoio à implantação e supervisão das ações.

E, por fim, a competência do órgão gestor municipal é de discutir e pactuar na CIB as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política anualmente. O gestor municipal deverá ainda promover uma articulação intersetorial, elaborando propostas de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

A Política destaca também a importância da capacitação dos profissionais ligados aos serviços de saúde à pessoa idosa, como a inclusão nos cursos de formação de disciplinas que abordem o processo de envelhecimento, apresentando

o processo de envelhecimento e a velhice não como doença ou incapacitação, de forma que haja uma valorização da pessoa idosa bem como a divulgação e fortalecimento das medidas de promoção e da saúde em todas as faixas etárias.

No ano de 2013 foi inaugurado o Programa Federal de Assistência Domiciliar, conhecido como Melhor em Casa (BRASIL, 2013a), esse programa prevê o atendimento multiprofissional (médico, técnico em enfermagem e fisioterapeuta, podendo ser ampliada com a inclusão de fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo e farmacêutico) às pessoas idosas em domicílio com a prestação de serviços como a reabilitação motora. A equipe poderá atender até 60 pacientes simultaneamente.

Com o Programa, pretende-se atuar sobre as seguintes situações:

- Melhorar e ampliar a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde;
- Oferecer atendimento humanizado em casa.
- Preservar o bem estar, carinho e atenção familiar.
- Redução dos riscos de contaminação e infecção hospitalar.
- Melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais.
- Economia de até 80% nos custos de um paciente, quando comparado ao custo desse mesmo paciente internado em um hospital.

Segundo consta no Manual de Instrução do Programa “Melhor em Casa”, o serviço de atenção domiciliar é “[...] um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e deve estar estruturado nesta perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b, p. 15).

O atendimento à saúde em domicílio foi promulgado pelo governo federal em 2013, mas desde 2011 a Portaria nº 630 de 08 de novembro já deixava clara a integração entre os Ministérios de Saúde e de Minas e Energia ao fornecer um benefício que contempla a redução ou até isenção de tarifa de energia elétrica baseada no consumo mensal de equipamentos, como o de oxigenoterapia, por exemplo (MINISTÉRIO DE MINAS E ENERGIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Embora a Portaria 630/2011 não cite a integração com o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, essa interface também existe na medida em que tal benefício é fornecido à família que tenha entre os seus membros pessoa portadora de doenças ou com deficiência, cujo tratamento necessite de uso

continuado de equipamentos, aparelhos ou instrumentos que demandem consumo de energia elétrica. Para recebimento do benefício é necessária uma visita domiciliar para análise da situação. Além disso, é necessário que a família esteja inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), o qual é realizado pela política de assistência social municipal.

Art. 1º Será beneficiada com a Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE a unidade consumidora habitada por família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico, com renda mensal de até três salários mínimos, que tenha entre seus membros portador de doença ou com deficiência (física, motora, auditiva, visual, intelectual e múltipla) cujo tratamento, procedimento médico ou terapêutico requeira o uso continuado de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para o seu funcionamento, demandem consumo de energia elétrica.

Art. 2º Para fazer jus à Tarifa Social de Energia Elétrica, o responsável pela unidade consumidora ou o próprio portador da doença ou com deficiência poderá, a qualquer tempo, requerer o benefício às concessionárias, permissionárias ou autorizadas de distribuição de energia elétrica, mediante apresentação de: I - relatório e atestado subscrito por profissional médico; e II - comprovante de inscrição da família no CadÚnico com renda mensal de até três salários mínimos. (MINISTÉRIO DE MINAS E ENERGIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo site oficial do Ministério da Saúde, o Programa Melhor em Casa deverá ser financiado integralmente pelo governo federal e há a previsão de um repasse mensal de R\$ 34,5 milhões (trinta e quatro milhões e quinhentos mil reais) para o custeio de cada equipe principal e R\$ 6 milhões (seis milhões de reais) para cada equipe de apoio, porém fica em aberto a possibilidade de complementação de valores pelos gestores locais.

Poderão aderir ao Programa os municípios com população entre 40 mil e 100 mil habitantes, desde que estejam localizados em regiões metropolitanas e tenham Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) instalado. Já os municípios com população acima dos 100 mil habitantes, devem ter também Hospital de Referência (mais de 60 leitos e com as clínicas básicas – ginecologia e obstetrícia, clínica, cirurgia e pediatria - ou estar habilitado em oncologia ou possuir UTI⁹).

Segundo o Ministério da Saúde, os estados e cidades brasileiras que integrantes do Programa são: Belo Horizonte (MG), Betim (MG), Uberlândia (MG),

⁹ Unidade de Terapia Intensiva.

Natal (RN), Salvador (BA), Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Porto Alegre (RS), Campo Grande (MT), Brasília (DF), Recife (PE), Manaus (AM), Campinas (SP), São Bernardo do Campo (SP), Marília (SP), Ribeirão Preto (SP), Maringá (PR), Cascavel (PR), Linhares (ES), Volta Redonda (RJ) e Rio de Janeiro (RJ).

As diretrizes e metas estabelecidas pelo SUS em 2006 e a Portaria 399, que firmou o Pacto pela Vida, têm a saúde da pessoa idosa como um dos eixos principais de trabalho. No que diz respeito à pessoa idosa, a política define as seguintes metas:

- a. Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- c. Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção;
- d. A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- e. O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- f. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- g. Fortalecimento da participação social;
- h. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- i. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- j. Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- k. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

As estratégias concebidas para o desenvolvimento destas ações são descritas a seguir:

a. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – considerada como instrumento de cidadania, contém informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

b. Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa - para indução de ações de saúde, tem como referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

c. Programa de Educação Permanente à Distância – visa implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, é voltado

para profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

d. Acolhimento - reorganizar o processo de acolhimento oferecido à pessoa idosa nas unidades de saúde, essa reorganização é vista como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

e. Assistência Farmacêutica - desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

f. Atenção Diferenciada na Internação - instituir avaliação geriátrica global, a ser realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

g. Atenção domiciliar – instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes, proporcionando benefícios adicionais para o cidadão e para o sistema de saúde.

3.2 A atenção à pessoa idosa na área da assistência social

A PNAS/2004 reconhece a importância de estudar e identificar o risco social relativo à pessoa idosa, considerado como fator determinante de sua condição de saúde, prevê ainda providências e medidas necessárias para o monitoramento de novos riscos sociais, promovendo a garantia de direitos, a participação da comunidade e a proteção social por meio do fortalecimento de vínculos.

A Política Nacional do Idoso, criada em 1994, por meio da Lei 8.842 (BRASIL, 1994) tem a finalidade de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Lei responsabiliza a família, a sociedade e o Estado, que devem assegurar à pessoa idosa todos os direitos inerentes ao exercício da cidadania, defendendo sua dignidade, bem-estar e seu direito à vida.

A participação social é outro destaque desta política, e para sua realização há de se garantir a criação de espaços de convivência social.

Os serviços especializados para a pessoa idosa convalescente ou em completa dependência de outras pessoas para suas atividades diárias e/ou que

tenham os vínculos familiares fragilizados são descritos na Portaria MPAS/SEAS nº 73/2001 (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001), que prescreve ainda as normas de funcionamento de serviços ofertados à pessoa idosa no Brasil, sendo eles:

1 Família Natural

É o atendimento prestado ao idoso independente, pela sua própria família, com vistas a manutenção da autonomia, permanência no próprio domicílio preservando o vínculo familiar e de vizinhança. A família pode ser entendida como um conjunto delimitado de relações sociais baseadas em elos de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecidos, reconhecimentos este que tanto pode ser costumeiro como legal. Enquanto instituição pode ser entendida como um conjunto de normas e regras, historicamente constituídas, que regem as relações de sangue, adoção, aliança, definindo a filiação, os limites do parentesco e outros fatos presentes. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001, [p. 16]).

A Portaria MPAS/SEAS 73/2001 descreve os diferentes serviços oferecidos à pessoa idosa acamada. Na situação em que existem vínculos familiares preservados, propõe-se auxiliar as famílias com uma suplementação financeira, isto é, nos casos em que a família não tenha condições financeiras de atender às necessidades básicas do idoso, e o seu objetivo é o fortalecimento de vínculos familiares e sociais.

A questão da acessibilidade também é prevista, neste serviço, cujo propósito é eliminar as barreiras arquitetônicas existentes.

Segundo esta Portaria MPAS/SEAS 73/2001,

[...] as exigências de conforto e de acessibilidade não podem ser consideradas um requinte construtivo, mas devem ser entendidas como elementos de qualidade de vida e condições de autonomia para idosos mais vulneráveis e com limitações de mobilidade advindas do processo de envelhecimento, bem como elementos de prevenção de quedas e outros acidentes domésticos [...]. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001, [p. 17]).

Para a consecução desse serviço, será formada uma equipe técnica de acompanhamento e avaliação, oferecendo apoio às famílias por meio de orientações, recursos materiais e recursos humanos.

2 Família Acolhedora

[...] oferece condições para que o idoso sem família ou impossibilitado de conviver com a mesma, receba abrigo, atenção e cuidados de uma família cadastrada e capacitada para oferecer este atendimento. As famílias deverão ser cadastradas e capacitadas para oferecer abrigo às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou impossibilitada de conviver com as mesmas. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001, [p. 17]).

Para este tipo de serviço, está previsto que cada família receba uma pessoa idosa, sendo que um cuidador será capacitado em noções básicas de gerontologia para cuidar do idoso.

Atualmente o município de Franca disponibiliza o serviço de Família Acolhedora para crianças e adolescentes, inexistindo um serviço deste tipo para pessoas idosas.

3 Residência Temporária

É um serviço em regime de internação temporária, público ou privado, de atendimento ao idoso dependente que requeira cuidados biopsicossociais sistematizados, no período máximo de 60 dias. [...] Oferecer ao idoso dependente ou semi-dependente local de moradia provisória adequado às suas condições funcionais. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001, [p. 5]).

Este serviço visa oferecer à família um suporte de cuidados à pessoa idosa que se encontra em condição de dependência ou semi dependência por um período determinado, visa ainda auxiliar seu retorno ao domicílio, fornecendo orientação sobre as necessidades de adaptações da residência, de forma a evitar acidentes e quedas, bem como a necessidade de um cuidador para acompanhamento do idoso.

4 Centro Dia

É um programa de atenção integral às pessoas idosas que por suas carências familiares e funcionais não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários; proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso junto à família, reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001, [p. 26]).

Este equipamento social se caracteriza como um serviço destinado à pessoa idosa que possui limitações para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD), ou que possui vínculos familiares preservados, porém, não conta com um cuidador em tempo integral em casa. A pessoa idosa convalescente, que não esteja acamada, poderá ficar na instituição durante um período do dia e retornar ao seu domicílio no final do expediente. Neste espaço são oferecidas atividades terapêuticas e socioculturais.

5 Centro de Convivência

Fortalecimento de atividades associativas, produtivas e promocionais, contribuindo para autonomia, envelhecimento ativo e saudável prevenção do isolamento social, socialização e aumento da renda própria. É o espaço destinado à freqüência dos idosos e de seus familiares, onde são desenvolvidas planejadas e sistematizadas ações de atenção ao idoso, de forma a elevar a qualidade de vida, promover a participação, a convivência social, a cidadania e a integração intergeracional. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, [p. 20]).

A pessoa idosa poderá participar de diversas atividades em grupo, tendo um acompanhamento por equipe de assistência social, psicologia, fisioterapia, e outros profissionais. Trata-se de atividades diversas que visam proporcionar mais qualidade de vida ao idoso, como atividades artísticas ou culturais; educativa, por meio de palestras, seminários e ciclos de debates; filmes e vídeos; cursos em diversos níveis, incluindo alfabetização; sociabilidade por meio de comemorações ou calendário festivo; promoção de políticas públicas; atividades físicas; viagens, excursões, passeios; jardinagem e horticultura; vocacionais/produtivas; entre outros.

6 Casa Lar

É uma residência participativa destinada a idosos que estão sós ou afastados do convívio familiar e com renda insuficiente para sua sobrevivência. Trata-se de uma modalidade de atendimento, que vem romper com as práticas tutelares e assistencialistas, visando o fortalecimento da participação, organização e autonomia dos idosos, utilizando sempre que possível a rede de serviços local. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001, [p. 37]).

Este serviço tem o objetivo de propiciar um espaço de convivência às pessoas idosas independentes ou semidependentes, que apresentam vínculos familiares fragilizados ou rompidos e se encontram em situação de vulnerabilidade social. Na casa lar propõe-se a convivência social e integração com a comunidade.

7 República

É uma alternativa de residência para idosos independentes. Neste caso, eles mesmos são responsáveis pelo gerenciamento da república, que é mantida pelos recursos da aposentadoria, BPC ou renda mensal vitalícia. Segundo a Portaria MPAS/SEAS 73/2001 (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001, [p. 18]), nos casos em que o idoso não tenha condições de arcar com suas despesas nem possa contar com auxílio da família, é necessária uma avaliação do poder público.

8 Atendimento Integral Institucional

É aquele prestado em uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para este segmento social. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001, [p. 49]).

Atendimento direcionado a pessoas acima dos 60 anos de idade sob regime de internato, mediante pagamento ou não. Prevê atendimento multiprofissional nas áreas de assistência social, saúde, alimentação higiene, repouso e lazer. Estes estabelecimentos poderão ser classificados segundo as modalidades, observando a

especialização de atendimento, a Portaria MPAS/SEAS 73/2001 (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001, [p. 49]) que estabelece três modalidades de instituição de longa permanência:

- **Modalidade I**

Destinada a pessoas idosas independentes no que diz respeito a atividades diárias, mesmo que façam uso de algum equipamento, como andador, bengala, cadeira de rodas, etc. A capacidade deste equipamento não deverá ultrapassar o limite de 40 pessoas, com 70% de quartos para quatro idosos e 30% para dois idosos.

- **Modalidade II**

Direcionada a pessoas idosas dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados, como o acompanhamento adequado de profissionais de saúde. Neste equipamento não estão incluídas as pessoas com deficiência física acentuada ou mental incapacitante. A capacidade máxima recomendada é de 22 pessoas, com 50% de quartos para quatro idosos e 50% para dois idosos.

- **Modalidade III**

Destinada a pessoas idosas totalmente dependentes para atividades diárias e que necessitam de uma equipe interdisciplinar de saúde para prestação de cuidados. Recomenda-se que a capacidade máxima desse equipamento seja de 20 pessoas, com 70% de quartos para dois idosos e 30% para quatro idosos.

9 Assistência Domiciliar/Atendimento Domiciliar

Caracteriza-se por ser um serviço de atendimento público ou privado a domicílio às pessoas idosas através de um programa individualizado, de caráter preventivo e reabilitador, no qual se articulam uma rede de serviços e técnicas de intervenção profissional focada em atenção à saúde, pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar, e interação com a comunidade. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001, [p. 44], grifo nosso).

O objeto de nossa pesquisa, o serviço de assistência domiciliar, está previsto na Portaria MPAS/SEAS 73/2011 como atendimento à pessoa idosa dependente ou

semidependente, com ou sem recursos, apresentando ou não vínculo familiar. Pretende promover a autonomia, a permanência da pessoa idosa em seu próprio domicílio, além de reforçar os vínculos familiares e de vizinhança.

O assistente social como membro de uma equipe multiprofissional, poderá contribuir para a inclusão do usuário no programa de assistência domiciliar a partir da avaliação das condições do domicílio; como são as relações sociais intrafamiliar e com a comunidade; orientação continuada aos usuários e familiares; identificar as necessidades; acompanhar; encaminhar à serviços específicos; auxiliar no acesso a serviços e recursos da rede; mediação de conflitos; intervenção para a proteção do usuário; relatórios; acolhimento; escuta humanizada; entre outras baseadas em seu Código de Ética.

Neste serviço, pode-se otimizar os recursos humanos e materiais, utilizando a rede de proteção de forma objetiva e integrada, promovendo um atendimento integral.

A Portaria MPAS/SEAS nº 73/2001 (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001) considera que uma das vantagens do atendimento domiciliar é o de propiciar à pessoa idosa a garantia de sua individualidade, respeitando sua memória física e afetiva e buscando sua autonomia. Este tipo de atendimento também pode prevenir situações de agravamento da situação de fragilidade ou vulnerabilidade.

Para ter acesso ao serviço de atenção domiciliar, a Portaria MPAS/SEAS nº 73/2001 (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001) prevê alguns critérios de inclusão, como:

- deverá dispor de um acompanhante domiciliar capacitado, familiar ou não.
- ter acesso à rede de serviços locais.
- residir em domicílio que ofereça condições para atender suas necessidades básicas e que possibilite mudanças e modificações ambientais, incluindo questões sócio-sanitárias, favorecendo a recuperação e bem-estar do idoso.
- ter interesse e concordar em receber este tipo de atendimento (ou o representante legal deverá assumir tal compromisso).
- necessitar de cuidados que possam ser executados no domicílio.

O trabalho intersetorial está previsto na Portaria MPAS/SEAS nº 73/2011, uma vez que esta cita a necessidade de integração por meio de uma “rede de

parceria” entre o Ministério da Previdência Social, Secretaria de Estado de Assistência Social, Ministério da Saúde, Organizações Governamentais e Não Governamentais, empresas privadas, estado, municípios, família, voluntários, Centros de pesquisa, entre outros.

O custo do serviço de atenção domiciliar é variado e é calculado segundo o estado funcional da pessoa idosa, devendo estar disponíveis os seguintes atendimentos:

- Modificação/adaptação ambiental, quando necessária.
- Equipamentos de auto-ajuda (programa de concessão de próteses e órteses).
- Treinamento e capacitação de cuidador.
- Medicamentos (incluir alimentação parenteral).
- Descartáveis.
- Equipe interdisciplinar de atendimento (assistente social, médico, enfermeira, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudióloga, arquiteta, psicóloga, nutricionista, auxiliar de enfermagem).
- Cuidador.
- Transporte para exames de imagem ou realização de procedimentos que não possam ser executados no domicílio.
- Remoção.
- Exames.

Ainda sobre os critérios de inclusão, é necessária a seguinte avaliação:

1. Triagem para inclusão no serviço: avaliação do idoso e seu domicílio.
2. Avaliação ampla geriátrica.
3. Determinação de um plano de intervenção de acordo com a necessidade individual de cada idoso.
4. Implementação, acompanhamento e avaliação desse plano de intervenção.
5. Alta, ou alta monitorada.

A Portaria MPAS/SEAS nº 73/2001 (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2001) prevê, quando for necessário, adaptações na residência, realizadas a partir de um projeto arquitetônico, de acordo com os padrões básicos e necessidades físico-espaciais, como construção de rampas, barras de apoio, corrimão em escadas, piso

antiderrapante, iluminação, etc., porém não é especificada a fonte de recursos para a execução desse serviço.

3.3 “Cidade Amiga do Idoso”, uma prática intersetorial

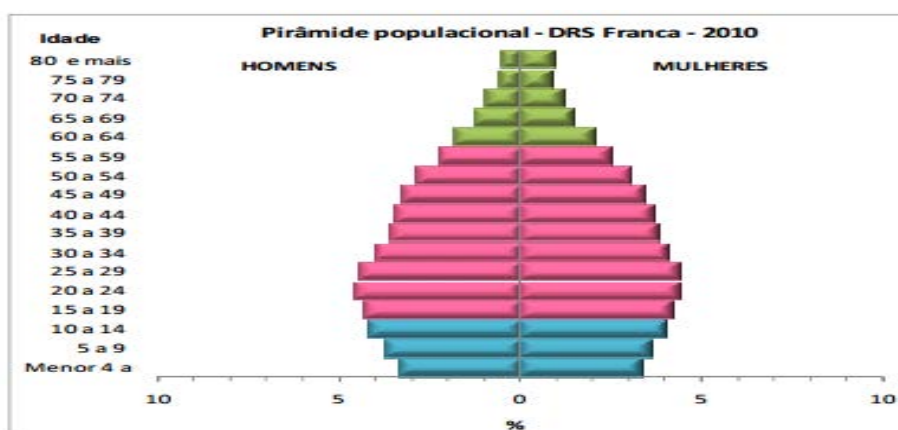
A cidade de Franca, no interior do estado de São Paulo, é historicamente conhecida pela produção de calçados masculinos, iniciando sua produção a partir da criação de gados e do modo de curtir a pele dos animais produzindo matéria-prima para os sapatos. Os curtumes e fábricas de sapato constituíram-se nas principais atividades econômicas da cidade.

Foi com o aumento da comercialização e mudanças no mundo do trabalho que a costura manual passou a integrar o trabalho informal ou de pequenas bancas de pesponto nas próprias casas das famílias. Estas atividades com o calçado nos domicílio acabou envolvendo toda a família, as quais intercalam com as atividades domésticas.

Segundo o Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população de Franca/SP é de 318.640 habitantes e segundo o Plano Municipal de Saúde de Franca/SP (2014-2017, p. 8), no município a taxa de envelhecimento no ano de 2000 era de 5,57%, representando cerca de 16.026 habitantes, aumentando em 2010 para 7,6%, representando cerca de 24.232 habitantes.

A pirâmide etária da cidade de Franca/SP está concentrada entre as idades de 20 e 29 anos, representando uma população jovem:

FIGURA 3 – Pirâmide de faixa etária de Franca/SP (2010)



FONTE: Prefeitura de Franca (2014, p. 8).

Apesar de configurar uma população jovem, é comparar as faixas de crianças entre 5 e 9 anos de idade e a faixa de idosos acima de 60 anos de idade e perceber como estão próximas, significando que gradativamente há uma redução de natalidade e aumento da população idosa no município.

De acordo com o objeto deste estudo, compõem a administração das políticas de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e demais departamentos, e o Conselho Municipal de Saúde e da área de assistência social a Secretaria de Ação Social e demais departamentos e o Conselho Municipal de Assistência Social.

Segundo o Plano Municipal de Saúde – diretrizes, objetivos e metas plurianuais de 2014 a 2017, constitui como uma das propostas a reorganização do atendimento a pessoa acamada e em situação de vulnerabilidade, sendo uma das ações “Manter e qualificar o atendimento oferecido à população em situação de vulnerabilidade.” (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA, 2014b, p. 7). Porém, neste eixo, não há abordagem para a pessoa idosa, mas para pessoas em situações de risco pelo vírus da AIDS, HIV, doenças sexualmente transmissíveis e população de rua.

A abordagem da intersectorialidade também foi identificada no eixo “Fortalecer as ações de complexo regulador nas redes de atenção, visando a integralidade das ações” (2014b, p. 12), abrangendo ações desde o financiamento, até a qualificação continuada do corpo de funcionários nos serviços de saúde.

E por fim a meta de implementar uma rede de assistência para atendimento ao idoso de forma a integrar ações no âmbito do SUS, SUAS e Secretarias Municipais, como também, de garantir a estratégia “Cidade Amiga do Idoso”, também compõe o Plano Plurianual da cidade de Franca/SP (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA, 2014b, p. 25).

O município de Franca aderiu ao Programa “Cidade Amiga do Idoso” no ano de 2013, nesta ocasião foi formada uma comissão intersecretarial, vinculada à Secretaria de Ação Social do município, com a finalidade de diagnosticar as necessidades da população idosa do município. Este programa idealizado pela Organização Mundial da Saúde, pretende mobilizar os municípios a potencializar a pessoa idosa para que continue ativa na sociedade, abordando a concepção de “envelhecimento ativo”. E para isso inclui a adaptação das estruturas e serviços como uma necessidade para se promover a acessibilidade e a inclusão.

Entre as principais características de um município “amigo da pessoa idosa” incluem os serviços de transporte gratuito a idosos, moradia, atividades de participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário, serviços de saúde, espaços abertos e prédios acessíveis. O Guia Global da Organização Mundial da Saúde (2008) aborda o serviço domiciliar como pauta de grande relevância:

Dentre os obstáculos verificados para a prestação de serviços em domicílio estão a inexistência desses serviços ou a sua má organização; critérios de elegibilidade restritivos; o alto custo e a alta rotatividade dos funcionários de home care. As sugestões para melhorar os serviços de home care dependem muito do contexto. Em várias cidades, especialmente nos países em desenvolvimento, a mensagem é, simplesmente, “queremos home care”. Em outras cidades, os comentários são sobre como aumentar o número ou a variedade de serviços (por exemplo, fisioterapia e tratamento psicológico) ou sua qualidade (por exemplo, a prestação de cuidados logo após a alta hospitalar, aumentar o número de gerentes de casos e ser cuidado, sempre, pelo mesmo profissional). Em alguns lugares, os comentários dizem respeito ao controle de custos, se através da cobertura do seguro ou utilizando-se os serviços de uma cooperativa de empregados, como mencionado em Sherbrooke. Em Xangai, os cuidadores contam que pessoas de mais de 80 anos, os viúvos, pessoas de baixa renda e pessoas portadoras de deficiência física têm direito a uma hora por dia de serviços de copeira/arrumadeira gratuitamente. (OMS, 2008, p. 60).

Outra questão levantada pelo Guia Global (2008) é sobre o apoio comunitário:

Um tema recorrente é a necessidade de voluntários para compensar eventuais déficits nos serviços sociais e de saúde. Mais voluntários são necessários para ajudar os idosos em clínicas e hospitais, bem como para prestar serviços sociais e de home care, para proporcionar transporte para que os idosos possam ir às compras e compromissos, ou simplesmente para passear com animais de idosos que não mais são capazes de fazê-lo. Como sugestão para o recrutamento de voluntários, foram sugeridos os “50+”, associações de aposentados mais jovens, estudantes de profissões relacionadas aos serviços sociais e de saúde, e estudantes. O voluntariado intergeracional é uma idéia mencionada em muitas cidades. Uma forte rede de voluntariado é mais fácil de ser criada e mobilizada em comunidades onde as pessoas se sentem socialmente conectadas. (OMS, 2008, p. 61).

A intersetorialidade compõe a proposta para o desenvolvimento do Programa “Cidade Amiga do Idoso”. Na área da política de assistência social, há a promoção

do fortalecimento de vínculos familiares e de convivência, por meio dos Centros de Convivência (CRAS e CREAS) nas áreas de proteção social básica e na proteção social especial, além das instituições de Longa Permanência.

As ações direcionadas a área da Saúde estão voltadas à prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida, estimulando os trabalhos voltados à prática de atividade física, serviços de fisioterapia, vacinação, entre outros. O Programa “Cidade Amiga do Idoso” propõe a realização de construções de praças e calçadas, atendendo a exigências de acessibilidade.

O Programa “Cidade Amiga do Idoso” em Franca prevê a implantação do Centro de Referência do Idoso Municipal, o Centro de Reabilitação, o Centro de Especialidades Odontológicas e Laboratório de Próteses Dentárias, o grupo de apoio aos cuidadores nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a criação da Caderneta de Saúde do Idoso, cursos de formação de cuidadores de idosos, formação de grupos de autoajuda, principalmente à mulheres viúvas. A atuação dos Agentes Comunitários do Programa Saúde (ACS) também prevê o oferecimento da atenção especial às pessoas idosas durante as visitas nas residências, como também, a proposta de desenvolver um serviço de denúncias por telefone, o “Disque Denúncia do Idoso”. (PREFEITURA DE FRANCA, 2013).

Além da Saúde e da Assistência Social, a comissão reúne ainda a área da Educação, com trabalhos voltados para a alfabetização e educação de jovens e adultos (AJA/EJA).

A seguir, verificaremos os conteúdos obtidos com a pesquisa de campo, na qual será possível conhecer um pouco mais sobre os trabalhos realizados pelas áreas da Saúde e Assistência Social no município de Franca às pessoas idosas acamadas.

CAPÍTULO 4 A PESSOA IDOSA EM SUA TOTALIDADE

“Lutemos por um mundo novo, um mundo bom que a todos assegura o ensejo de trabalho, que dê futuro a juventude e segurança à velhice” (Charles Chaplin)

Historicamente, a área da saúde pública foi o maior espaço de contratação e atuação de assistentes sociais. Este campo de trabalho foi conquistado pelos profissionais por terem demonstrado sua importância enquanto integrante de equipe multiprofissional e por contribuírem para a garantia de uma política pública que reconhecesse o direito da pessoa idosa, quanto ao acesso aos serviços de saúde e de assistência social de forma integral.

A inserção na divisão sociotécnica do trabalho exigiu que o Serviço Social promovesse uma intensa reflexão entre teoria e prática profissional. Houve a transformação de pensamentos que outrora estiveram baseados na fiscalização e no controle da população, assumindo uma postura a serviço da burguesia, até chegarmos a uma nova posição ética e política que se juntasse aos interesses da classe subalterna, na luta por garantia de qualidade de vida.

O Serviço Social, a partir dessas novas reflexões, passou a desenvolver mecanismos que auxiliassem sua prática profissional, de forma que fosse capaz de compreender a realidade em que atua e está inserido. A partir do estudo social da realidade, poderá elaborar propostas que visem à reconstrução dessa realidade. A utilização de métodos quantitativos e qualitativos passou a ser um instrumental importante para o conhecimento das complexidades que permeiam a realidade social, possibilitando a realização de mediações que, segundo Faleiros (1989, p. 118-120) representa uma reflexão dialética:

[...] reflexão dialética que tem a crítica como instrumento de penetração nos meandros da produção de uma atividade profissionalizada, institucionalizada e organizada no contexto político das relações entre capital e trabalho. [...] a dialética busca o recôndito presente no todo e que não se esconde, mas que é escondido pelas relações dadas. Não que o todo esteja fora do dado, mas não é dado percebê-lo imediatamente, já que as relações de conhecimento são também construções sociais complexas. [...] Nas relações capitalistas de exploração e de dominação existem inúmeras mediações para a produção articulada da estrutura e dos sujeitos, da totalidade, das condições gerais e dos cenários específicos.

O Serviço Social ao longo de sua história buscou uma identidade própria, não mais atribuída pelo capital e por seus rebatimentos de desigualdade, individualidade e injustiças, mas que estivesse em consonância com os seus ideais societários, que rompesse com conceitos e ideias conservadoras, que culpavam o indivíduo por sua condição de vida.

A categoria profissional desde, a década de 1990, tem se posicionado a favor da construção e efetivação do Projeto Ético-Político, o que ficou claramente expresso no Código de Ética do/a Assistente Social, no ano de 1993, instituído por meio da Lei nº 8.662 (BRASIL, 1993b), demonstrando o fundamento teórico e técnico em que a profissão passou a se apoiar.

Entre os anos de 2009 e 2012 o Conselho Federal de Serviço Social tem publicado uma série de documentos que referencial o profissional em sua prática interventiva para que suas ações não sejam confundidas com outras que não lhe competem atribuições, como ações administrativas e terapêuticas. Entre os documentos que explicitam sobre a especificidade do trabalho do assistente social estão: Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na Saúde (2009); Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009); Parâmetros do assistente social na Assistência Social (2011); Atribuições privativas do/a assistente social em questão (2012); Resoluções sobre a prática profissional na área do jurídico e terapeuta familiar.

Independente da área em que o profissional do Serviço Social atue, deverá observar os princípios e diretrizes estabelecidas no compromisso ético-político da profissão. Na área da saúde e da assistência social, uma das ações é o trabalho com pessoas idosas, cujo atendimento deve ser realizado de forma integral. As duas áreas precisam trabalhar em conjunto na construção de políticas públicas e articular ações que promovam a prática da intersetorialidade, tendo em vista o cumprimento ético da qualidade dos serviços e também a garantia de direitos.

A compreensão da realidade sob uma perspectiva de totalidade supera a imediatez (aparência) das situações apresentadas ao assistente social. Nesse sentido, torna-se um desafio romper com paradigmas, reprodução de ideias e ações que não correspondem ao proposto no projeto ético-político da profissão. É preciso ir além da ideia de que a totalidade significa apenas a soma das partes, de forma que

se valorizem, sobretudo, as relações que elas estabelecem entre si, o que as une e impacta.

Assim, faz-se necessário primeiramente a compreensão do que vem a ser a totalidade, que pode ser vista como um grande complexo, constituído de outros complexos, portanto, não se constitui na soma das partes, mas no movimento da tríade – singular, universal e particular.

A imediatricidade precisa ser superada a fim de se conhecer a essência dos fatos, de modo que é importante “[...] romper com as possibilidades pré-definidas e propor estratégias e táticas processuais permanentes, autocríticas e teoricamente criativas.” (FALEIROS, 1989, p. 120).

A apreensão do movimento dos complexos da realidade significa realizar aproximações sucessivas, possibilitando uma leitura de realidade que é dinâmica e existe independente do pensamento do sujeito “Sem a captação do movimento é da estrutura ontológica das mediações através da razão, o método, que é dialético, se enrijece, perdendo, por conseguinte, a própria natureza dialética.” (PONTES, 1995, p. 85).

A mediação para Pontes (1995) é vista como uma categoria central na articulação entre as partes de uma totalidade complexa, e é responsável pela possibilidade da passagem do imediato, imaginário e aparente para a realidade concreta e compreensível.

A negação do imediato e sua superação processam o nível do concreto pensado (reflexos da realidade na mente do sujeito), ou seja, a penetração no campo das mediações.

Uma das principais características da teoria marxista está associada à investigação científica e à análise da totalidade dinâmica, (união dos contrários), como descreve Minayo (2004, p. 64), seria o exercício de “[...] cercar o objeto de conhecimento através da compreensão de todas as suas mediações e correlações, constitui a riqueza, a novidade e a propriedade da dialética marxista para explicação do social.” Compreendendo o materialismo histórico como o caminho “que aponta a dinâmica do real na sociedade” e a dialética como “[...] método de abordagem deste real”, identificando que a realidade está em constante movimento, construindo e reconstruindo-se, em um processo histórico, por meio dos interesses e lutas sociais, por isso que:

[...] a teoria marxista é a teoria da ação humana que ao mesmo tempo faz história e é determinada por ela: busca as transformações do sujeito da ação, isto é, as transformações da sociedade humana. [...] É na práxis, na perspectiva dialética, que se dá a emancipação subjetiva e objetiva do homem e a destruição da opressão enquanto estrutura e transformação da consciência. Noutras palavras, a transformação de nossas ideias sobre a realidade e a transformação da realidade caminham juntas. (MINAYO, 2004, p. 73).

O assistente social, na contemporaneidade, é desafiado a resgatar, e também ser resgatado, a essência humana, da vida e do trabalho (desalienação):

Desmistificar é um processo de politização [...] é um desafio da assistente social, ela mesma envolvida nessa superestrutura. Trabalhar as classificações é ainda insuficiente (isto o funcionalismo faz muito bem) [...] É preciso a construção das mediações teóricas e críticas dessas classificações imediatas através da contextualização e historização do processo de formação da sensibilidade social e de sua relação com o vivido pelas pessoas e grupos. (FALEIROS, 1989, p. 123)

Na área da saúde, explicar o fenômeno saúde/doença torna-se um desafio permanente, que ultrapassa, inclusive, o pensamento positivista e cartesiano das ciências exatas e biológicas, e deve apoiar-se numa abordagem que enfatize o aspecto humano e social, compreendendo a saúde como um direito individual e coletivo inalienável.

A relação saúde/doença pode ser considerada como um processo que expressa a realidade social, pois essa relação está marcada pelas contradições sociais, ou seja, pelas condições de vida, cultura, costumes, tipos de serviços disponíveis, relações familiares e comunitárias, entre outros aspectos. Trata-se, portanto, de ir além de uma visão fetichizada, que coisifica o indivíduo e o trata como mero produto ou objeto de intervenção, e considerar o processo de envelhecimento não como sinônimo de doença, mas como uma etapa da vida em que as limitações precisam ser levadas em conta, promovendo-se as adaptações e ajustes necessários para o prosseguimento da vida do idoso, respeitando a sua dignidade e o seu direito de participar das relações comunitárias:

Na sociedade capitalista, a representação de saúde/doença passa pelas contradições sociais que caracterizam o sistema. Do ponto de vista das classes dominantes, a saúde é de atribuição individual

como um capital de reserva de propriedade privada que se mantém pelo equilíbrio e pela harmonia. A concepção de doença é também marcada pela responsabilidade do indivíduo em luta contra o mundo opressivo. (MINAYO, 2004, p. 194)

Nesta tentativa de avançar na consolidação de uma identidade própria da profissão e de seu projeto ético político, a pesquisa compõe o conjunto de práticas que exercitam a constante busca do conhecimento a partir da indagação, questionamento, reflexão e perguntas que são feitas ante à realidade posta. A partir destes questionamentos é possível estabelecer a construção de novas formas de agir ou pensar, pois “[...] é a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo.” (MINAYO, 2010, p. 16).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, procuramos seguir uma forma sistemática de construção do trabalho, que dividimos nas seguintes etapas:

1. Pesquisa bibliográfica: serviram de fonte de pesquisa materiais diversos, como livros, artigos, internet, jornais, revistas leigas e científicas e levantamento de dados in loco.
2. Pesquisa dos protocolos e serviços existente em Franca/SP para as pessoas idosas acamadas;
3. Pesquisa de campo: sendo entrevistados representantes do governo municipal da política de saúde e de assistência social; representantes dos equipamentos sociais que atendem pessoas idosas acamadas e usuários desses serviços e políticas.
4. Análise dos resultados.

Embora a proposta inicial da pesquisa tenha sido uma abordagem qualitativa utilizando o instrumental de estudo de caso, de forma que pudéssemos acompanhar o processo percorrido pelas famílias, com pessoas idosas acamadas, que buscavam os recursos necessários à manutenção da saúde no domicílio, nos deparamos com algumas dificuldades como, que em algumas ocasiões inviabilizava a realização do trabalho: houve visitas agendadas que não ocorreram, lamentavelmente, devido ao falecimento do usuário, tendo sido abortado o projeto de acompanhá-lo após a alta hospitalar, houve também dificuldade em agendar as entrevistas com os representantes da política de saúde municipal, pois muitas vezes não havia data e horário disponíveis.

O contato com os usuários se deu por meio de encaminhamento das próprias entidades de serviços da política de assistência e de saúde, o que facilitou o agendamento e apresentação da pesquisa, garantindo o sigilo para o fornecimento das informações, uma vez que todas as entrevistas foram realizadas no domicílio das pessoas idosas acamadas, e em companhia de seus cuidadores.

É importante ressaltar ainda que devido à necessidade de cumprir o prazo estabelecido para a conclusão da pesquisa, optamos por entrevistas semiestruturadas. E para realizar essas entrevistas, foram selecionadas famílias que tivessem pessoas idosas acamadas em casa e que também pudessem oferecer informações sobre os tipos de serviços acessados, as dificuldades encontradas, o apoio recebido da comunidade para o cuidado, além de outros aspectos relevantes.

A escolha pela entrevista semiestruturada como técnica de pesquisa nos possibilita a união de “[...] perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.” (HONNIGMANN, 1954 apud MINAYO, 2004, p. 109). A entrevista também possibilita a saída de uma postura neutra para a revelação dos conflitos existentes na realidade, com possibilidade de revelar os valores, normas e símbolos das condições sociais, históricas, econômicas, políticas e culturais.

A abordagem qualitativa nos permite compreender as representações sociais de forma mais aprofundada, uma vez que “[...] se o testemunho individual é gravado ou comunicado, isto não quer dizer que se considera tal indivíduo precioso em si mesmo. Essa entidade adulta e singular é tomada como amostra da continuidade.” (MINAYO, 1967, p.90 apud MINAYO, 2004, p. 112).

Após a fase de entrevistas foi feita a análise de seu conteúdo. Essa análise se refere ao tratamento dos dados ou a organização dos dados em indicadores que “[...] permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.” (BARDIN, 1979, p. 42 apud MINAYO, 2004, p. 199).

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para análise de conteúdo. Com base nesse material, organizamos as questões das entrevistas e identificamos os depoimentos das entrevistas em assuntos como: serviços de saúde; serviço hospitalar; serviço de assistência social; entidade assistencial; Conselho

Municipal de Assistência Social; Conselho Municipal da Terceira Idade e a Comissão intersectorial do Programa “Cidade Amiga do Idoso”.

Para identificação dos sujeitos entrevistados organizamos os sujeitos e depoimentos foram agrupados da seguinte forma:

QUADRO 5 – Sujeitos entrevistados

Representantes das políticas municipais de saúde e de assistência social.	• Saúde. • Ação Social.
Representantes de conselhos municipais, serviços comunitários e de equipamentos sociais.	• Serviço de atendimento hospitalar. • Entidade assistencial 1. • Entidade assistencial 2. • Conselho Municipal de Ação Social (CMAS). • Conselho Municipal da Terceira Idade (COMUTI). • Comissão intersectorial do programa São Paulo “Cidade Amiga do Idoso”. • Pastoral da pessoa idosa.
Usuários dos serviços das políticas de saúde e de assistência social	• Usuário 1: atendido por equipe de assistência domiciliar via plano de saúde. • Usuário 2: atendido por equipe de assistência domiciliar via plano de saúde e por entidade vinculada a política de Proteção Social Básica. • Usuário 3: atendido apenas por entidade vinculada a política de Proteção Social Básica.

Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins.

Os usuários selecionados para participar da pesquisa atendiam aos seguintes critérios:

- ser pessoa idosa (do sexo masculino ou feminino) que tenha acima de 60 anos;
- que seja totalmente dependente (acamado/a), consciente ou não;
- que tenha cuidadores (informais, formais ou voluntários);
- preferencialmente, que esteja iniciando o processo de obtenção de recursos materiais e humanos para os cuidados domiciliares ou que já estejam com este processo em andamento.

4.1 Serviços de saúde e de assistência social existentes no município de atendimento domiciliar à pessoa idosa acamada.

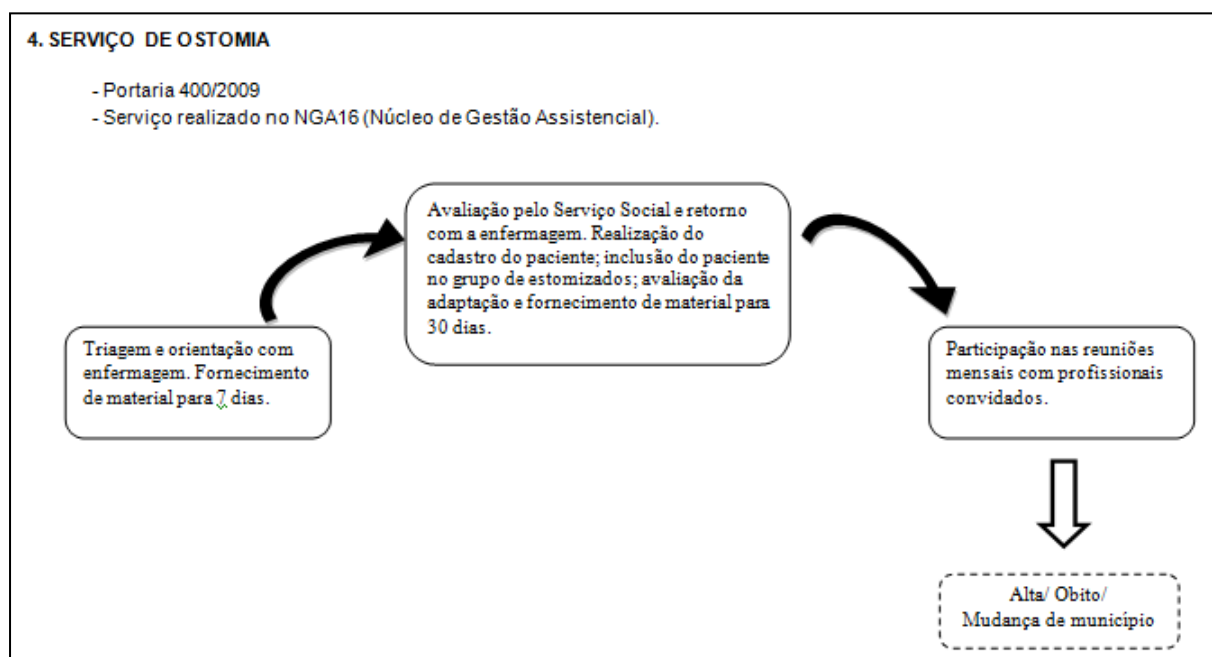
4.1.1 Serviços da Saúde

Na área da Saúde existem algumas ações voltadas para as pessoas idosas, como o Programa Vida Viva que realiza atividades físicas nas UBS e também promove a implantação de equipamentos para ginástica nas praças públicas. No entanto, estas atividades são destinadas a pessoas com mobilidade preservada e independentes para as tomadas de decisão no dia a dia.

Em relação às ações voltadas a pessoas idosas acamadas em domicílio, verificamos, a partir dos protocolos pesquisados no site da Prefeitura Municipal de Franca (<http://www.franca.sp.gov.br/portal/>), que existem serviços da política de saúde que disponibilizam recursos aos usuários, como o fornecimento de fraldas geriátricas, medicações padronizadas na rede pública de baixo e alto custo, dieta industrializada, suplemento alimentar, bolsas de colostomia, materiais para curativos, vacinas, exames, oxigenoterapia, órteses e próteses, serviço de remoção interna e externa, Centro de Reabilitação em Pedregulho e as unidades de Programa de Saúde da Família (cinco unidades no município de Franca).

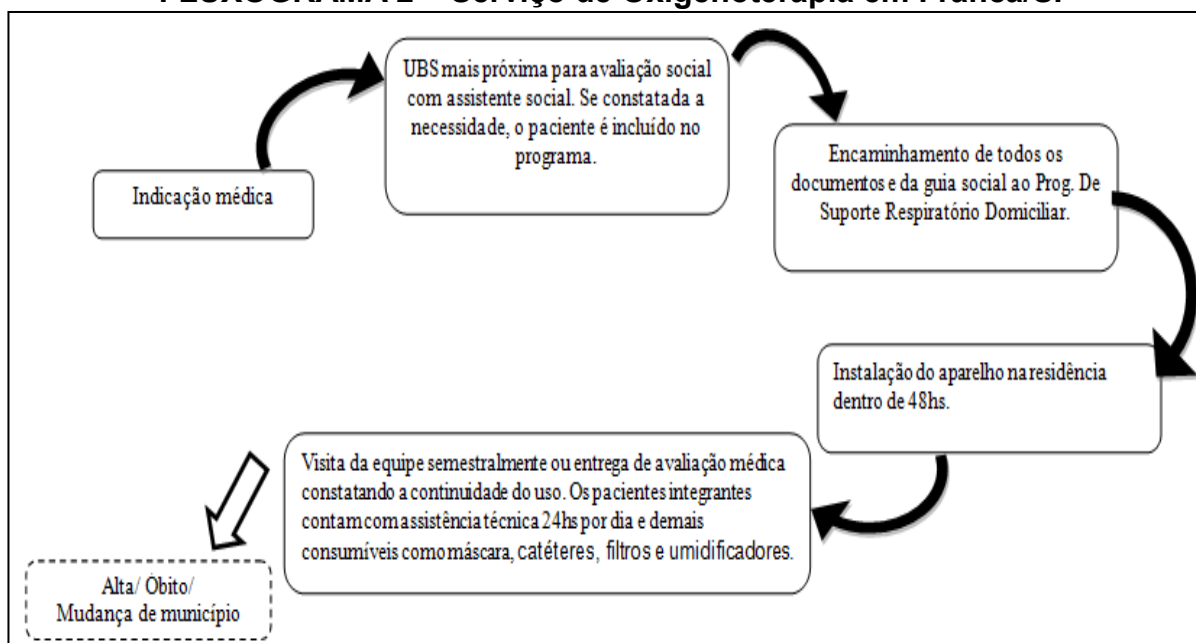
Em relação aos protocolos estudados, os serviços que descrevem a participação direta do Serviço Social no processo de atendimento são os serviços de fornecimento de bolsas de colostomia, oxigenoterapia e fraldas geriátricas (conforme anexos). Contudo, acreditamos que haja participação indireta do Serviço Social em todos os programas, o que se dá por meio dos encaminhamentos e de orientações sobre como acessar os vários tipos de serviços. A partir dos protocolos descritos, desenhamos o fluxo para melhor entendê-lo:

FLUXOGRAMA 1 – Serviço de Ostomia em Franca/SP



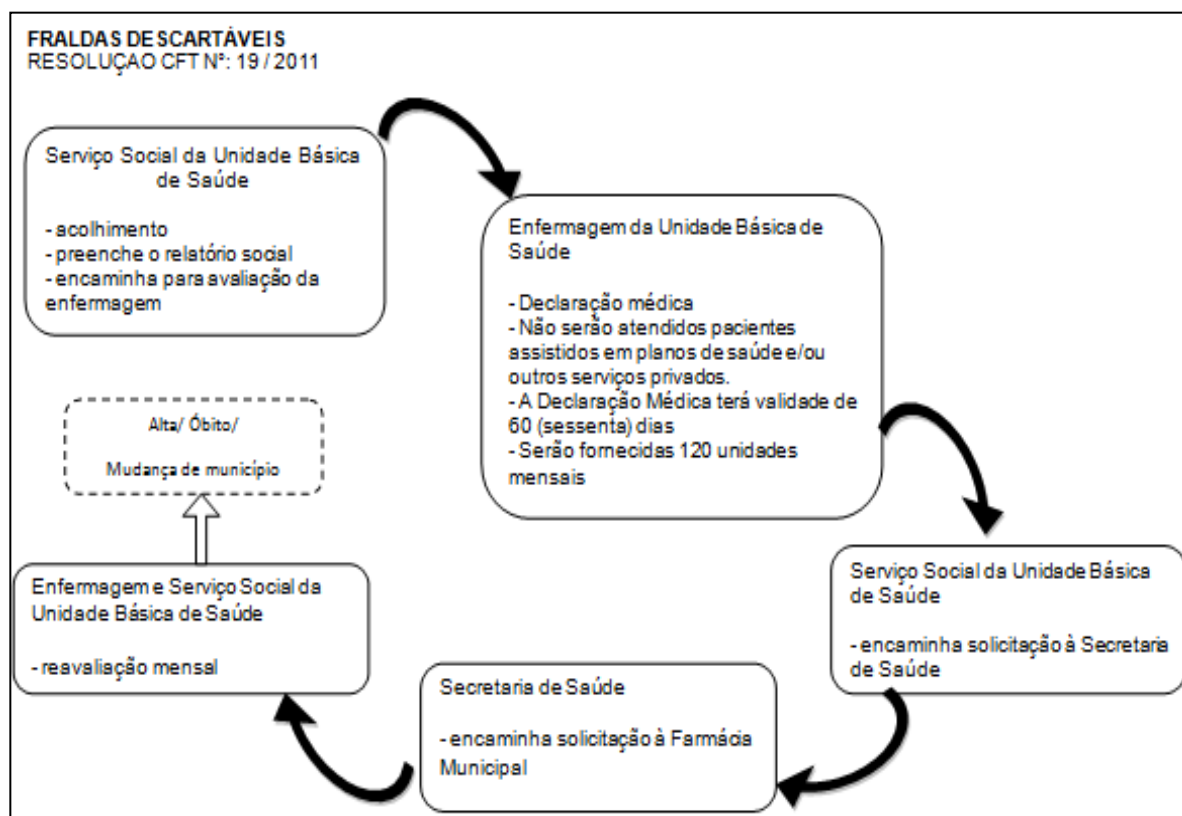
Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos de serviços da Saúde. (PREFEITURADE FRANCA, 2015).

FLUXOGRAMA 2 – Serviço de Oxigenoterapia em Franca/SP



Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos de serviços da Saúde (PREFEITURADE FRANCA, 2015).

FLUXOGRAMA 3 – Aquisição de fraldas geriátricas em Franca



Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos de serviços da Saúde (PREFEITURA DE FRANCA, 2015).

Neste primeiro momento, entrevistamos os gestores das políticas de saúde e de assistência social, cujas áreas disponibilizavam atendimento a pessoas idosas acamadas. Ao perguntarmos sobre os serviços existentes no município de Franca, foram citados os seguintes pontos:

- **Da área da Saúde:** o Programa de Saúde da Família, Curativos, Remoção, Distribuição de fraldas geriátricas descartáveis, Suporte respiratório, Unidade de cuidados prolongados, Centro Dia, Residência Inclusiva, o Programa Melhor em Casa (a iniciar) e o serviço domiciliar realizado pela Atenção Básica e de Alta Complexidade, conforme fala do gestor da Saúde:

Saúde - Hoje o serviço domiciliar é prestado em áreas de abrangência dos PSF, bem como nas UBS¹⁰ que contam com o PACS¹¹ (Horto, São Sebastião, Aeroporto III), a prestação desse serviço se dá por meio da visita do agente de saúde, além disso, os casos são referenciados para os demais profissionais da unidade.

¹⁰ Unidades Básicas de Saúde.

¹¹ Programa de Agente Comunitário da Saúde.

Destaque-se que o serviço não tem como público específico os idosos, na verdade, trata-se de acompanhamento de todo o núcleo familiar.

Os serviços do PSF estão sendo ampliados no município de Franca. As UBS, transformadas em Estratégia de Saúde da Família (ESF), passaram a incluir os serviços dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), responsáveis pelo acompanhamento, identificação das necessidades e vulnerabilidades relacionadas à saúde e o encaminhamento à equipe técnica da UBS.

Por se tratar de um serviço novo, poucos são os registros do seu impacto na comunidade, no entanto, permite refletirmos sobre o encaminhamento dado às situações em que o paciente for acamado e não puder ir até a unidade de saúde, haveria disponibilidade de equipe técnica para se deslocar até o domicílio do doente? De acordo com os dados colhidos nas entrevistas, realizadas junto aos equipamentos sociais de Proteção Social Básica e Especial, quando este serviço foi requisitado, o resultado não foi plenamente satisfatório, conforme apontam os relatos dos entrevistados abaixo:

Entidade assistencial 1 – [...] porque as UBS que tem os Agentes foi significativo pra trabalhar junto. Por exemplo, tínhamos um usuário que quando a pressão alterava, sentia falta de ar, dava pequenos desmaios. Se saía, chegava a machucar, então a gente ligava pro Agente, ele ia ao médico ou ele ia lá, com o Programa Mais Médicos, então, foi interessante. Agora em casas que não tinham essa cobertura com o Agente, aí já não tem essa ponte.

Entidade assistencial 2 - A Saúde começou um projeto de Agente Comunitário só que a gente ainda não viu isso na prática, a gente ainda não sentiu o impacto desse serviço porque nem todo bairro tem o Núcleo do PSF, então aqueles que são descobertos são os que tem maior dificuldade.

Os principais serviços da Saúde que permitem a inclusão da pessoa idosa acamadas, citados pelo representante da Saúde, foram:

- **Serviço de curativo domiciliar:** serviço disponibilizado não apenas para idosos acamados, mas a pessoas sem condições de locomoção até a unidade, devido a seu estado de saúde. Para inclusão no programa é necessário encaminhamento médico/enfermeira e elaboração de relatório social pela assistente social da unidade básica. Após a admissão, a enfermagem realiza o procedimento em alguns dias da semana, orientando o cuidador sobre a forma de cuidar do paciente;

- **Serviço de remoção:** também não se destina apenas para idosos acamados. Trata-se do transporte de pessoas para consultas/procedimentos médicos, sendo necessário agendamento prévio no setor;
- **Programa de fraldas descartáveis, insumos para curativo:** é necessária a elaboração de relatório social e encaminhamento médico indicando a patologia;
- **Programa de Suporte Respiratório:** objetiva fornecer oxigênio e aparelhos auxiliares para uso em domicílio aos pacientes portadores de doenças respiratórias com indicação médica.
- Ainda, desde 2013, funciona na Santa Casa de Pedregulho, a UCP
- **Unidade de Cuidados Prolongados:** Este local tem como objetivo acolher o paciente que não precisa mais ficar hospitalizado na Santa Casa de Franca e de outros municípios da região (onde corre risco de contrair infecções hospitalares e outras complicações), entretanto necessita de atividades de reabilitação antes de retornar ao domicílio. Lá são oferecidas atividades multiprofissionais (terapia ocupacional, fisioterapia, atendimento médico e nutricional, fonoaudióloga e outros). No momento em que este paciente estiver pronto para o retorno ao convívio familiar, esta equipe entra em contato com a Secretaria de Saúde e com a equipe da UBS de referência do paciente e informa os dados e necessidades do mesmo, para que possa ser dada a continuidade adequada ao tratamento.

Segundo os protocolos pesquisados, o serviço de curativo não contava com a participação direta do Serviço Social, mas nesta última fala nos foi apontado que também ocorre sua participação. Já os serviços de remoção e de fraldas geriátricas descartáveis não contemplam as pessoas que possuem planos privados de saúde, conforme Resolução 9/2011 (PREFEITURA DE FRANCA, 2015), sem referência, descrito no fluxo de atendimento. Esse critério parece sugerir que quem possui plano de saúde teria condições de obter tais insumos com recursos próprios. No entanto, voltando ao perfil dos trabalhadores do município de Franca, o que se verifica é que muitos munícipes possuem o plano de saúde como benefício das empresas em que trabalham e a maior parte dessas empresas são fábricas de sapato, cujos salários não são altos. Há ainda a questão de que tais insumos pertencem à Saúde e este é um direito de todos, não seletivo, mas universal. Por outro lado, compreendemos que é necessário o estabelecimento de prioridades, porém não a recusa do serviço pura e simples.

Embora a resolução dê abertura para tal negativa, dois dos usuários entrevistados relataram obter o recurso; um ainda estava aguardando o atendimento, suprindo suas necessidades com doações ou recursos próprios; e um que não fazia uso de fralda geriátrica descartável:

Usuário 1 - Ainda tá tentando. Entrou com o pedido no Nubs¹² também. Então hoje ela está com a sonda de alimentação, cadeira de rodas, cadeira de banho, a cama hospitalar e o suporte. A cadeira de rodas comprou e o resto é tudo alugado. E da alimentação nós compramos. Como a dieta é a líquida, é 47,00 reais cada frasco e dura 1 por dia, vai sair quase 1500,00 reais, só a dieta. O equipo também é tudo comprado. [...] No Nubs, a assistente social fez o pedido e tá aguardando esse retorno dela... A dieta é lá no DRS, o doutor que me pediu pra ir lá. No NUBS dá só as fraldas. Eu fui lá esta semana e me falaram que demora até 60 dias pra vir. [Dos medicamentos] Tudo comprado também. [...] porque com a receita do plano a Prefeitura não dá. Quem tem convênio a Prefeitura não fornece. [...]. Mas acho que deveria ser obrigado...mesmo com a receita particular, é direito. [...] O resto ficou tudo lá no NUBS e com a receita do plano não consegui.

Usuário 2 - Como ele é uma pessoa muito querida, pagaram [o Plano] pra ele [...] não tinha fralda, não tinha nada e só um dos meus filhos que pode ajudar um pouco, os outros dois não; a gente vive com a aposentadoria dele e alguns amigos que dá muita força. [...] Tive que ir atrás dos advogados da Defensoria [...] mas acontece que eu tinha muita coisa pra pedir e o advogado foi socorrer e o SUS dá.

Usuário 3 - Ele usa fralda. Assim que ele ficou doente, eu fui no NUBS, e depois de uns 15 dias a capela [igreja] me indicou uma fralda. [...] o único que ajudou foi com um pacote de fralda, 140 fraldas que eles me deu. [...] Daí fui no médico e de 2 em 2 meses que eu pego as fraldas lá.

Além da questão das fraldas, há outros materiais médicos que as famílias têm dificuldade de obter na rede pública, como cadeira de rodas, cama hospitalar, cadeira de banho, materiais para curativo e dieta ou suplementos industrializados. Tal dificuldade tem gerado a situação de “judicialização” da saúde, ou seja, com muitas pessoas procurando por atendimento judiciário (particulares, Defensoria, Centro Jurídico da UNESP/Franca-SP¹³) para abertura de processos para aquisição desses materiais, conforme também já citado pelo usuário 2 na fala anterior destacada.

Usuário 2 - [...] aí meu filho comprou pra nós a cadeira. Depois alugou a cama, depois entregou essa cama e comprou a dele. Aí nós fomos saindo do aluguel das coisas, sabe. Quer dizer a cadeira de rodas dele também ele comprou. Depois a de banho o vizinho emprestou pra nós e tá até hoje e aquele suporte do segurar o frasco também tá emprestado, o resto graças a Deus deu certo. [...] o leite

¹² Núcleo Básico de Saúde, antiga nomenclatura para as atuais UBS.

¹³ Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

dele deu muito trabalho também pra nós conseguir, essa dieta, tudo foi difícil [...] os amigos ajudou a pagar...demorou... se contar, essa dieta era cara demais. Sabe essas pessoas que tem a dieta, mas o doente vai diminuindo? Aí vai sobrando deles e através da amizade a gente ganhou dessas pessoas. Mas demorou muito. E até hoje eles não dão o que a nutricionista falou que precisa. Acho que era 18 latas e eles deram 11, depois passou pra 7. E 7 tá até hoje. Não tem como, a gente vai lá e não dá. [...] Mas a gente tem no NUBS¹⁴ os frascos, gases, e tá tudo bem agora. [...] eu corri ali no NUBS e queria que eles me dessem gaze e não tinha [...] eu só encontrei dificuldades com os NUBS, no começo, hoje não tá bem mais civilizado graças a Deus, nossa! Mas no começo a gente sofria muito, muito mesmo sabe... acho que é problema de funcionário sabe... das coisas que a gente precisava com urgência, correndo, por exemplo, a farmácia não é tão perto e a gente tinha que correr aqui no NUBS pra eles dá seringa, gases, não era perto e era muito caro e a gente pagava o leite, a gente não dava conta, e o remédio também. Aí a moça que trabalhava lá, nossa, mas ela não dava de jeito nenhum, se faz o cadastro, encaminha pra a assistente social e aí ela vai marcar uma data e aí você vem, nossa moça, mas tô precisando pra agora pelo amor de Deus.

Usuário 3 – [...] Ele tem cadeira de rodas e cadeira de banho, é que eu pago o plano da funerária e eles empresta pra gente de 3 em 3 meses e vou lá e assino e renova sabe, e graças a Deus não pago nada.

A questão da “judicialização da Saúde” também é sentida pelos serviços de atendimento hospitalar, os quais tendo o Serviço Social na equipe orientam os usuários quanto aos seus direitos, porém a resolução torna-se pontual e pouco eficiente no âmbito coletivo, e a resolução desse impasse poderia contribuir para uma política de fato universal e para todos:

Serviço de Atendimento Hospitalar - Então, a gente tem essa preocupação, pra não se resolver somente em casos pontuais porque judicializar acaba resolvendo somente aquele caso específico, mas a gente orienta sim por conta de no caso de um direito não ser atendido, a pessoa pode “correr atrás” de conseguir, que o Estado seja coagido por força da lei para fornecer. E pensando no caso de aparecer ações, ações e ações, se pensa em conseguir alguma coisa no coletivo, como em algumas situações, já aconteceu em Franca que o Ministério Público identificou algum item que tem muitas ações, então vamos pensar, vamos acionar o Estado pra ver o que pode ser feito. Mas o revés da judicialização é só resolver casos pontuais e não atender o coletivo. Resolve daquele paciente.

¹⁴ Núcleo Básico de Saúde.

Com relação ao serviço de remoção da Saúde, o Usuário 3 relatou dificuldades para agendamento, mas quando atendido, relata que é bem atendido, sendo a equipe muito prestativa:

Usuário 3 - Tem 3 anos e 2 meses que deu o AVC, não anda, não fala mais e só que depende de tudo, que troca ele, dá água pra ele [...] E as peruas, quando ele tem médico, eu que tenho que ir na Estação marcar. [...] eu vou de ônibus lá e marco e eles vem aqui na porta, eles vem e espera o médico ver ele e trás de volta de novo. [...] Só vejo dificuldade quando marca ambulância que é muito longe [...].

4.1.2 Serviços da Assistência Social

Assim como na área da Saúde, identificamos diversos serviços voltados às pessoas idosas, como os Centros de Referência do Idoso (CCIs); Universidade Aberta para a Terceira Idade (UNATI); grupos e ações voltados a pratica de artesanato; Centro Dia do Idoso; entre outros, porém estes são voltados às pessoas idosas independentes ou com mobilidade reduzida.

Especificamente para pessoas idosas acamadas em domicílio, entre os serviços disponibilizados pela Política de Assistência Social no município de Franca, encontramos serviços e recursos como o Serviço Domiciliar de Proteção Social Básica e Especial; Bolsa Família, Renda cidadã; BPC; Renda mínima e Oxigenoterapia. Dentre os quais possuem uma articulação com a Saúde:

- Bolsa Família (Lei 10.836/2004 e Decreto 5.209/2004): preconiza que para obtenção da transferência de renda é necessário cumprir as condicionalidades como manter atualizado o calendário vacinal; acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças menores de sete anos; e pré-natal para gestantes e acompanhamentos de nutrízes.
- BPC (Lei 8.742/2013): prevê o pagamento de 01 (um) salário mínimo mensal às pessoas com 65 anos de idade ou mais e às pessoas com deficiência incapacitante, para o seu recebimento é necessário comprovação de renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo.

- Oxigenoterapia: beneficia por meio de transferência de renda um auxílio para o pagamento parcial das despesas de energia elétrica geradas pelo uso do aparelho.
- Tarifa Social da Energia Elétrica: contempla os consumidores beneficiados por programas sociais para famílias de baixa renda. Trata-se do projeto Companhia Paulista de Força e Luz (CPFL) na Comunidade, que, no caso de Franca, beneficia famílias incluídas no Programa Tarifa Social.

O representante da política de Assistência Social no município de Franca citou os seguintes serviços disponibilizados à pessoa idosa:

Assistência Social - O Centro Dia para idoso e o Serviço de Acolhimento Socioeducativo em Liberdade Assistida como prestação de serviço à comunidade. E o serviço de proteção social especial para pessoa com deficiência e idosos no domicílio. [...] Geralmente, quando tem situações de pessoas que saem da alta e algumas questões que a família enfrenta, um dos serviços que essa família [precisa] após a avaliação da equipe, é encaminhada para os serviços em domicílio. Então temos dois serviços hoje no município que é da proteção básica, [...] que hoje tem uma capacidade para 50 pessoas, só que não atende só idosos, são pessoas com deficiência e idosos. E o da proteção especial [...] nós temos 70 vagas e aí da mesma forma, passa pelo CREAS para ele fazer esse acompanhamento, quando há violação de direitos. E aí qual o foco desse serviço? É fazer com que tanto o usuário, a pessoa, quanto a família, sejam incluídas socialmente e acesse os serviços disponíveis no município. [...] O município aderiu o programa Cidade Amiga do Idoso e tem estudado possibilidades de trazer qualidade de vida para a população. Então estamos nesse processo.

Sobre este trabalho da política de Assistência Social no domicílio, os seus representantes e entidades vinculadas esclarecem que o serviço prestado no domicílio do paciente oferece também acompanhamento nas unidades do CRAS e do CREAS, onde há disponibilidade de profissionais contratados como cuidadores para acompanhar estas famílias inseridas no programa, auxiliando com orientações e atividades cotidianas no domicílio.

O serviço de atendimento no domicílio, oferecido pela política de Assistência Social, não se confunde com os trabalhos realizados na política de Saúde, como oferecer profissional para realizar a higiene pessoal do idoso acamado ou para administração de medicamento, dieta e curativo. Também não se confunde com

trabalhadores domésticos, como diaristas ou empregados doméstico, responsáveis pela limpeza e organização do domicílio.

CMAS - É preciso destacar que, embora parte dos usuários desses serviços estejam na condição de acamados, o serviço não é da área da Saúde e o fato de estar acamado não é condição para o atendimento. É um serviço que, na verdade, favorece a inclusão de usuários e familiares. [...] O Serviço no Domicílio é desenvolvido diretamente com os usuários, mas também com seus familiares. Além disso, a proposta da Política de Assistência contempla o trabalho do CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social, através do PAEFI – Serviço de Proteção e Especializado a Pessoas e Indivíduos, no atendimento à família. [...] A proposta dos serviços, destinada ao cuidador familiar, é no sentido de diminuir a sua sobrecarga de trabalho, tentando dinamizar e organizar a rotina de modo que ela não provoque a exclusão do cuidador familiar, o que muitas vezes acontece. Deve ainda procurar favorecer a inserção do usuário (no caso o idoso) em serviços que aconteçam fora do domicílio, como é o caso do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, por exemplo.

Assistência Social - Às vezes há uma confusão de entendimento, esse serviço no domicílio porque [entende-se que] esse cuidador, [...] também exerça a função de um funcionário na casa que tem obrigação de limpar a casa do usuário, dar banho, e não é essa a proposta do serviço, mas de fortalecer aquele núcleo para que sejam inseridos nos serviços, para que eles participem da comunidade onde ele mora. Então é um outro foco muito diferente da saúde.

Entidade assistencial 2 - Aí cada um tem uma necessidade, dependendo do familiar, a maioria é acamado, tem que dar o banho, tem que fazer companhia, passear pelo bairro, ajudar fazer uma compra, mas eles não são empregados domésticos, são cuidadores, eles são muito confundidos com os empregados domésticos.

Entidade assistencial 1 - O serviço é tipificado dentro da Assistência e muita gente confunde com o serviço dentro do domicílio, e tem alguns números que precisam de alguns processo de reabilitação, de algum processo de saúde e não tem nada haver, até o ano passado tivemos um pouco de dificuldade de alguns usuários novos que estão passando mal, a gente recorre e liga no SAMU e aí: olha você está com cuidadora porque não está fazendo esse atendimento? [...] então precisamos fazer contato com a Secretaria de Saúde para explicar como é o serviço dentro do domicílio [...] às vezes os próprios usuários acreditam que o cuidador vai ficar de segunda a sexta-feira, que vai cuidar da parte de alimentação, organização e limpeza da casa e não é isso, trabalha completamente diferente, nosso foco na Atenção Básica, vai trabalhar com famílias que não tem nenhum tipo de violência instalada, principalmente a vulnerabilidades e situações de risco que pode desencadear numa situação de rompimento, confinamento, isolamento.

O trabalho de fortalecimento de vínculos também é fundamental, sobretudo nos contextos relativos à sobrecarga de serviços e de orientação às famílias. No caso do Usuário 1, a família estava resistindo à institucionalização, querendo dar continuidade aos cuidados e amparo à idosa, mesmo com tais dificuldades apresentadas:

Usuário 1 - [...] não tem mais ninguém da família, só nós duas (neta e cuidadora da casa). Ela tem um filho que também tem demência. [...] Eu não vivo sem a cuidadora...nós duas ficamos 24hs no telefone...porque eu venho de Pedregulho pra cá...eu ligo e ela vem...desse jeito...a gente tem dó de internar...igual lá que entrou com o pedido...só daqui 60 dias pra saber se vai dar certo...até chegar...e se não der certo?...então se for falar que tem alguma ajuda pela Prefeitura não tem...nada...porque graças a Deus ela ainda tem um dinheirinho e to pagando isso...se não fosse isso, não ia ter nada...porque tudo o que nós fomos atrás é demorado, tem que esperar, tem fila, é isso, é aquilo, nada é na hora...e não tem condição de alguém da família ficar aqui direto...

4.2 Apoio, capacitação e oferecimento de cuidadores no domicílio

Num segundo momento da entrevista, perguntamos aos representantes das políticas de Saúde e de Assistência Social do município de Franca quais eram os trabalhos realizados para suporte ao cuidador familiar, considerando que a pessoa acamada depende do auxílio de outra pessoa para se locomover, para realização de sua higiene pessoal, alimentação e administração de suas finanças, entre outros. E o cuidador familiar, como já citado, poderá sentir-se sobrecarregado quando não há outra pessoa com quem possa dividir as responsabilidades.

Sobre isso, recebemos os seguintes comentários da área da Saúde:

Saúde - Atualmente, algumas UBS estão realizando os grupos de apoio aos cuidadores, que têm por objetivo capacitá-los ao cuidado junto ao paciente acamado (abordando aspectos técnicos, tais como banho, prevenção de úlceras de pressão, aspectos emocionais, dieta enteral via sonda, etc.) e também apoio psicológico ao cuidador. Existe também o grupo de apoio ao cuidador de pacientes com Alzheimer, oferecido pela equipe do Ambulatório de Geriatria, mensalmente.

Em relação a este grupo de cuidadores, que cuidam de paciente com Alzheimer, há relatos de contribuição positiva para as famílias. Mas percebemos que existe a necessidade de maior divulgação desse serviço, de forma que mais famílias tenham acesso às orientações fornecidas:

Entidade assistencial 1 - A gente tem um caso muito interessante de uma idosa de 83 anos, que era ela e uma filha e ela tinha Alzheimer, então aquelas oscilações da doença. E a filha não conseguia lidar com aquilo de forma emocional tranquila, uma aceitação. Então a gente levava vídeo, levava ela em grupos sobre o Alzheimer e um grupo de cuidadores, com alguns familiares para esclarecer alguns aspectos, o que é o envelhecimento, esclarecer aquilo que é normal o que não é normal, não é porque ela está esquecendo de você, que ela te xinga de propósito, que é da doença mesmo. Aí foi tranquilizando, ficou mais fácil de trabalhar, até em outros aspectos como a aceitação da morte pra ela foi mais branda.

O serviço de capacitação para cuidadores é oferecido pela Secretaria de Saúde do município de Franca/SP, e está voltado para os cuidadores familiares, ou seja, àqueles que são responsáveis pelo serviço de acompanhamento da pessoa acamada, o que inclui também as pessoas idosas acamadas. Trata-se de um importante serviço que ensina as famílias a lidarem com o problema, principalmente porque se encontram em uma nova e delicada situação, demandando muito apoio.

Para o desenvolvimento dos trabalhos dos cuidadores na Assistência Social, o projeto é financiado integralmente pelo município, desse modo os cuidadores são contratados por um dos Centros Dia do município e o poder público municipal fornece os recursos financeiros para pagamento dos salários. A entidade é responsável ainda por acompanhar a capacitação e realização dos trabalhos:

Entidade assistencial 1 - Quando elas entraram, o requisito mínimo não se exige, mas a gente colocou elas pra fazer uma capacitação com o Pronatec, como cuidador de idosos. O ano passado teve um curso na USP¹⁵ de São Paulo, foi gratuito o curso de cuidadores, aí eram 80hs a distância, elas fizeram prova, pra depois ir para o presencial e elas foram. Procuro encaixar elas em atividades, igual a Conferência do Idos, para elas participarem desses espaços porque vir mesmo com capacitação, não vem. É uma área muito nova...muito recente. Acho que os pioneiros são o pessoal do Pronatec, na Unifran¹⁶ também, SENAC¹⁷. E tem aumentado nas escolas particulares.

¹⁵ Universidade de São Paulo.

¹⁶ Universidade de Franca.

¹⁷ Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

Entidade assistencial 2 - que atendemos 70 famílias no domicílio e dentre essas famílias algumas disponibilizamos cuidadores que vão alguns dias da semana, dependendo da necessidade de cada um. [...] A maioria já tem a capacitação. [...] geralmente é o Senac que oferece ou alguma ONG que faz, igual o Senac oferece, mas o curso é feito na “Capelinha”. [...] são contratados [...] e o recurso vem do município. O projeto é co-financiado em 100%. [...] São 7 cuidadores. Eles ficam aqui dentro [...] para treinar com os usuários, depois de uns dois a três meses eles vão para a residência.

O trabalho da equipe de Assistência Social é de auxiliar o cuidador familiar, aliviando sua sobrecarga de tarefa durante o dia, e a equipe de Assistência Social pode também auxiliar aquelas pessoas idosas que são independentes, mas que possuem limitações físicas ou circunstanciais:

Entidade assistencial 2 - [...] nós temos muito idosos que moram sozinhos, então a gente tenta manter o máximo, esse é o objetivo do nosso serviço, manter o idoso no seu convívio, mas tem momento que não é possível, então tem que ser resolvido junto da Promotoria. Temos casos, por exemplo, de uma pessoa idosa cuidar de cinco pessoas com deficiência, tudo na mesma família, então a sobrecarga é muito grande. [...] A gente atua mais nesse lado da sobrecarga, de organizar a rotina, revezar, encaminhar os familiares, medida protetiva, retirada ou troca de curatela, fortalecimento de vínculos e comunitário. [...] a gente simplesmente está lá com um olhar social, tirar do isolamento, amenizar o risco, a sobrecarga do cuidador, essa é a nossa parte [...].

Alguns usuários relatam este tipo de aprendizagem como fundamental, porém identificamos a necessidade de ampliação do atendimento e também de maior divulgação, a fim de que aqueles que precisam deste tipo de orientação realmente tenham acesso a ela. Conforme relato dos usuários, foi possível constatar essa dificuldade inicial e a necessidade de orientação sobre diversas questões, de como realizar o banho de uma pessoa idosa acamada, por exemplo, além de outros cuidados.

A presença do cuidador faz dele um sujeito principal no auxílio à pessoa idosa e quando ocorre a sua ausência, restringem-se as ações para a continuidade da pessoa acamada em domicílio e os cuidados com sua saúde são afetados, bem como sua convivência na comunidade:

Serviço de Atendimento Hospitalar - No caso aqui no Serviço Social o que a gente procura fazer é identificar a questão do suporte familiar, nesse primeiro momento, para quê? Para o acolhimento e

identificar a figura do cuidador. A partir do momento que identificou, a gente passa para os treinamentos, para as orientações de como cuidar, como passar uma alimentação, como trocar, essas questões práticas e por fim as questões dos recursos materiais, claro que a questão do cuidador é complicado mais os recursos materiais. [...] Isso quando tem o suporte em casa! E aí acontece assim: ah! Mas não tem o aspirador, fica com muita secreção, faz uma pneumonia, veio. Ou por não ter um cuidado adequado, tem uma infecção de urina, deu escara, emagreceu demais [...] E dos casos de limite, tem muito com a população não idosa, que é dependente de cuidados e naquela vulnerabilidade, que não tem um suporte familiar, que quando sai a família de cena, o Estado não consegue assumir. Esse acho que é o grande “nó” que a gente tem. Até em questão de casos de doenças mental, droga, etilismo, que a gente tem e não consegue trabalhar com a família. [...] Não digo no caso de institucionalizar, mas de ter outras alternativas, de pensar e não consegue ter abertura pra esse tipo de reflexão. No caso de idoso cuidando de idoso, então fica solto, aí porque aquele outro idoso pode adoecer, a questão da idade. Em muitos casos acaba reinternando, a reinternação por falta desse suporte pra família, de quem acompanhe também.

O relato do Usuário 1 aborda as dificuldades de conseguir suporte, trata-se do depoimento da neta, que exercia o papel de cuidadora familiar da avó, uma idosa, portadora de Alzheimer, totalmente dependente, que faz uso de sonda nasointestinal para alimentação e mora sozinha. Como a neta não reside em Franca e não existia outro familiar que pudesse auxiliar nos cuidados, além da empregada doméstica, que trabalhava na casa havia dezesseis anos e que ajudou no início, foi necessária a contratação de três cuidadores, sendo um para os cuidados durante o dia, um para a noite e um para os fins de semana.

Usuário 1 - Eu tenho muita dificuldade porque nunca cuidei, é tudo novidade. [...] ela se cuidava, ela fazia o café, então era tudo mais tranquilo, mas depois que ela ficou assim tive bastante dificuldade. Não consigo, às vezes ela não aceita ficar comigo, quando é a enfermeira, fica mais fácil, agora quando é nós duas, pra pôr na cama, dar o banho...então a outra cuidadora que tem experiência, fica mais fácil...a gente não sabe o que faz e o que não faz com ela [...] Nossa, eu pegava ela assim...tudo de uma vez, ia pro banheiro...não sabia como fazia...nós tava perdida...sem noção da onde começar...

Em relação ao usuário 2, trata-se de um idoso que reside apenas com sua esposa, também idosa e com problemas de saúde. Ele sofreu um acidente vascular cerebral (AVC), popularmente conhecido como derrame, há 3 anos. Usa sonda de gastrostomia, não anda, não fala e usa fralda. Segundo relatos, houve instrução da

equipe de assistência domiciliar pelo plano de saúde, quanto ao manuseio da traqueostomia, mas não quanto ao curativo:

Usuário 2 - Tem aquela preparação dos primeiros dias, porque ele saiu com a traqueostomia e tinha que usar aquele negócio de sugar aquela coisa que tinha no peito, no pulmão, não tinha hora pra fazer aquilo lá. Então eles vieram aqui e ensinou direitinho, mas dedicar o tempo deles não. [...] Não teve alguém que ensinou, a única coisa que o médico falou foi pra nós colocar ele na cadeira embaixo do chuveiro e só jogar água. [...] A gente sofreu muito, mas aí Deus vai dando paciência, Deus ensina a gente a cuidar e foi indo.

O Usuário 3 relata o caso de um idoso que também sofreu um AVC há 3 anos e atualmente não fala, não anda, usa fralda, se alimenta por via oral. Reside com a filha, genro e netos.

Usuário 3 – [...] e eu nunca tinha passado por isso. Mas foi o banho, trocar esse homem, que antes nós colocava um madeirite, tirava o colchão, punha ele na táua deitado e dava banho nele e foi que aprendi sozinha, fui nas Capela e tem pessoas que ajuda a gente, mas não veio ninguém [...] Na igreja tem um grupo, só que não tive retorno até hoje.

O serviço no domicílio desenvolvido pela política de Assistência Social tem como objetivo oferecer apoio ao cuidador familiar, o propósito é aliviar sua sobrecarga de responsabilidades, bem como fortalecer os vínculos comunitários e familiares.

Assistência Social - Então, no caso dos idosos, fortalecer aquele cuidador que está diretamente com o idoso, se há violação, trabalhar nesse núcleo familiar a questão do rompimento, se não há violência, do fortalecimento para que possam acessar o serviço, manter uma independência e autonomia. [...] a equipe técnica dispõe de cuidadores, dá suporte para os outros cuidadores, esse cuidado que está ali no cotidiano, de fortalecer esse cuidador, que geralmente está nessa função que há um desgaste muito grande e às vezes eles acabam se isolando dentro da residência, só aparecem quando precisam acessar os serviços de saúde.

Para os usuários entrevistados é muito significativo ter algum tipo de apoio no domicílio:

Usuário 1 - Desde quando eu liguei... bom tá sendo muito bom, tem 2 enfermeiras, a nutricionista, então elas estão acompanhando bem [...] Elas ensinam pra gente direitinho, elas vai ajudando nós... dá uma mãozona.

Usuário 2 - Do serviço no domicílio foi maravilhoso. Serviu muito pra nós, foi através deles que foi falando como faz. A gente já começou a levar ele na fisioterapia. [...] São pessoas super civilizadas, todos que vieram aqui, tratam muito bem. Inclusive eu fico admirada e tem que ver como eles tratam as pessoas... muito bem, mas muito bem mesmo. Eles estão de parabéns. [...] Quando ela vem, ela vê médico quando tá faltando, se tá correndo tudo bem, se tem problema de remédio, ela faz pergunta sobre tudo, dá dica de qual médico ir.... ela procura ver se algum exame meu que o médico do AME¹⁸, ela procura pra ver se tá tudo certo, sabe... muito atenciosa, procura ver tudo.... olha, a partir da hora que eles entrou na nossa vida aqui, nossa! Clareou, a gente vê a vida de um outro ângulo. Parece que a gente via a vida assim de cabeça baixa e clareou mais. Nossa foi muito bom! É o simples jeitinho de falar, de corrigir as coisas que tá errado de uma maneira que você nem percebe que tá corrigindo. [...] Ajudou em tudo, mas o que eu acho que mais ajudou foi estimular a gente pra cima, porque é o que eu falo pros meus meninos, nem sempre é dinheiro, o que a gente tá precisando é de uma palavra amiga, no modo de contornar as coisas, é muito válido. E isso não faltou, a atenção. Eu também tenho problema de saúde e a cuidadora foi me mostrou que nada é difícil, que a gente consegue.

Usuário 3 - Nossa! Ela é uma excelente pessoa. Nossa, ela ajuda muito, muito mesmo. As vezes eu não tenho como ir buscar as fraldas dele, ela já passa lá e traz as fraldas dele. Ela que marca pra mim a ambulância pra ele. A cuidadora vem toda semana ver ele, pergunta da fralda, pergunta do medicamento, se tem que marcar médico pra ele, se tem que marcar ambulância.... Nossa, ela é muito boa mesmo.

Uma das expectativas dos usuários e das entidades vinculadas à política de Assistência Social é a implantação Programa “Melhor em Casa”, que está em processo de iniciação, como já mencionamos anteriormente. A importância dada a esta iniciativa está na interface que ela poderá desenvolver com outras políticas (saúde e assistência), de forma que poderá complementar o trabalho de cuidadores já realizado pela política de Assistência Social.

Saúde – [...] a Secretaria de Saúde encaminhou projeto para o Ministério da Saúde para implantação do Serviço de Saúde Domiciliar (“Programa Melhor em Casa”). Este projeto já foi aprovado e, atualmente, aguardamos a aquisição dos veículos, contratação de

¹⁸ Ambulatório Médico de Especialidades.

profissionais e adequação de estrutura física para início das atividades.

Entidade assistencial 1 - No ano passado, montaram um serviço, que não começou ainda que seria um serviço no domicílio, e pra gente seria uma ação complementar.

Entidade assistencial 2 - Então, esse trabalho vem para fortalecer essa família, não tem um papel específico da saúde, por isso que a saúde está com esse projeto de Saúde em Casa e assim, que iniciar, nós vamos conseguir fazer um trabalho diferenciado por conta dessa questão de banho, de curativo, acaba sendo dificultoso porque a equipe precisa mobilizar a saúde, a pessoa para fazer curativo na Unidade Básica, acaba que a pessoa tem que se mobilizar muitas vezes e acredito que quando o Saúde em Casa começar a funcionar, nós vamos avançar nesse aspecto.

Outro serviço de apoio à comunidade que começa a se formar em Franca é a Pastoral da Pessoa Idosa. Em entrevista, uma das líderes deste grupo nos relatou que os trabalhos são voluntários e atualmente realizados por aproximadamente cinco cuidadores, responsáveis pelo acompanhamento de aproximadamente oito idosos pertencentes à região abrangida pela instituição religiosa da qual fazem parte. Geralmente esses voluntários vinculadas à Pastoral, são moradores próximos das residências das pessoas idosas, possibilitando que façam as visitas sem necessidade da utilização de meios de transporte, ou seja, não obtendo um custo.

Os cuidadores da Pastoral recebem treinamento, com palestras e material didático, por seis meses. Após este período, o grupo se organiza por região e passa a realizar as visitas. Cada membro do grupo tem um diário padronizado em que registra as informações colhidas durante as visitas. Dentre os indicadores está se a pessoa é dependente ou não, se tomou as vacinas da gripe e de pneumonia, se a pessoa idosa costuma ingerir água em quantidade satisfatória, se costuma ficar um pouco ao sol e se tem familiares próximos.

Todos os indicadores registrados pelos cuidadores são organizados pelo líder do grupo e enviados à sede da Pastoral no Brasil que fica em Curitiba/PR.

A líder do grupo entrevistada relatou dificuldades no encaminhamento de casos em que há a necessidade da presença do (a) assistente social, uma vez que não contam com este profissional voluntário no grupo. O grupo pensa, como estratégia para sanar o problema, uma articulação com o CRAS mais próximo da região, encaminhando os casos por meio deste equipamento social.

Essa articulação percebida e buscada pelos membros da Pastoral se aproxima da contribuição que os Agentes Comunitários de Saúde praticam, pois eles fazem a “ponte” entre os serviços da rede de proteção à pessoa idosa e os usuários e suas famílias.

4.3 Intersetorialidade: realidades e desafios

Ao abordar a questão da intersetorialidade entre as políticas de saúde e de assistência social junto aos representantes das respectivas políticas do município de Franca, bem como das entidades vinculadas a estas áreas, ficou clara a existência de algumas iniciativas, no entanto a prática da intersetorialidade ainda é um desafio, algo a ser conquistado.

Assistência Social - A relação intersetorial, ela é um desafio permanente. Não só com relação à saúde, mas também com relação às outras políticas públicas. Então acaba que, a política de assistência para os usuários que estão na assistência, a assistência como aquele que articula, aquele que busca a intersetorialidade como um trabalho em conjunto. Desde 2013 iniciamos uma aproximação, uma sistemática de estar mais próxima das outras políticas. Especificamente com relação à política de saúde, são ações muito embrionárias, muito pequenas, dentre a necessidade dessa articulação, dessa intersetorialidade que deveria existir. Hoje todos os serviços que são propostos, são programas, tanto a nível federal, como estadual, já vem com propostas de intersetorialidade. Tanto é que os programas novos, eles já são pactuados a nível federal e estadual para que haja a intersetorialidade. Um exemplo é o Programa do Crack É Possível Vencer, que agrega a assistência, a saúde, a segurança pública e a educação. Então, assim são as várias políticas trabalhando juntos numa única ação. Então aí essa tem sido a nossa busca, num trabalho articulado, em conjunto. São ações ainda muito incipientes, muito iniciais, mas pode-se dizer que temos um fluxo tranquilo, estamos num processo de construção bem inicial. Hoje temos alguns encontros com a equipe da saúde, há discussões de caso muito pontuais. [...] hoje sentamos para apresentar qual o papel da assistência nesse serviço e o objetivo desse serviço e o que a saúde mostrar, porque às vezes há uma confusão de entender que o outro não quer fazer. Então eu acho que estamos nesse momento de entender e compreender o papel de cada um no atendimento à população nos mais diversos aspectos, não só no domicílio.

Embora na área da Saúde se afirme a existência de um trabalho integrado e a política de assistência social também promova esta prática, as entidades ligadas à

Saúde e à Assistência Social não conseguem constatar este tipo de prática no trabalho cotidiano, o que acaba refletindo no tipo de atendimento e acesso aos recursos de ambas as políticas.

O processo de intersetorialidade encontrado está na interlocução entre um setor e outro, realizado por meio de encaminhamentos, conforme a necessidade do usuário. A dificuldade encontrada pelo setor que fez o encaminhamento é de obter retorno do setor que recebeu a solicitação, ou seja, não se tem conhecimento se a solicitação foi atendida ou qual o tempo estimado para o atendimento.

Saúde - Existe ainda a interlocução entre a gestão de ambas as secretarias no sentido de articular ações em situações que exigem resolutividade mais rápida e/ou que necessitam de articulação entre vários serviços oferecidos pela secretaria de saúde. Nos Conselhos Municipais de Assistência Social, Pessoa Idosa e Pessoa com Deficiência temos representantes da Secretaria de Saúde, discutindo e trabalhando de forma intersetorial.

Entidade assistencial 1 - Não, não tem. Não tem, assim, pode ser talvez falha nossa, acho que é uma falha coletiva. No ano passado a gente estava fazendo uma interpretação muito errada do que é esse serviço dentro da Assistência. [...] Então a gente solicita o serviço de curativo domiciliar. E a gente sabe que tem, mas não acontece de fato. O que estava acontecendo e as famílias queixam, é que vai uma pessoa uma vez ao mês, ela leva o material, orienta e fala “agora é com você” e eles não dão conta. Então assim, não existe. Então a gente começou essas reuniões no ano passado foi solicitado, foi solicitado através da equipe de monitoramento que fossem feitas ações coletivas, e aí aconteceram, mas estavam os profissionais e não os chefes, então eles ficam, assim, sabe....a gente escuta, passa, mas não somos nós que vamos decidir qualquer ação ali. Então eles apresentaram o projeto no domicílio, citaram os PSF, de algumas unidades que tem os Agentes, mas a gente pensa e os outros que estão descobertos, como que eles podem agir? Não pode fugir do limite de número de pessoas, então não tem essa comunicação, aí cai que a gente desanima e não faz. [...]

Entidade assistencial 1 - A cuidadora foi e agendou e falaram que não ia atender. Aí na hora ela não pediu justificativa, eu falei não, volta lá e pergunta o porquê. E falaram que era porque ele dá trabalho lá dentro. [...] Aí não me deu resposta e aí que eu falo de não fazer algo por escrito e documentado. Aí mandei um e-mail: “com relação ao caso que conversamos, teve alguma resposta?”. Não. Passou mais uma semana reiterei o e-mail.

Uma unidade de serviço hospitalar relatou que também costuma fazer encaminhamentos à rede de serviços da política de assistência social e alegou

dificuldade em dar continuidade aos atendimentos após a alta hospitalar, levando à reinternação do paciente ou ao agravamento de sua situação social ou de saúde, uma vez que não há uma equipe de assistência domiciliar que integre as “partes” e possa assistir as necessidades de forma integral:

Serviço de Atendimento Hospitalar - Não conheço outras realidades, mas em Franca é bem fragmentado, a ponto de ouvir claramente de uma secretaria, se eu ligo nela pra falar de uma situação, então: ah! Isso não é meu, isso é do outro. Então a gente vem criando algumas estratégias que quando tem algo mais complexo, a gente tem feito relatório e mandado para os dois, pra assistência e pra saúde. Mas é bem claro a gente ouvir isso mesmo: ah! Isso não é da saúde, é da assistência. Existe o pessoal da assistência, vai lá faz a delegação, mas não tem aquela intersectorialidade de atender como uma coisa só. Cada um faz diante do estabelecido em protocolos, cada um somente dentro da sua área. Não sei se tem a ver com a gestão, porque até o ano passado era muito forte isso, era cobrado para que separasse mesmo. Não sei se ficou algum vestígio aí....Acabou criando essa cultura, essa imposição.

Ao mesmo tempo em que percebem a necessidade de se trabalhar de forma intersectorial, os profissionais também demonstram preocupação em esclarecer qual é a responsabilidade de cada área, ou seja, preocupam-se em separar o que é específico de cada área. E é neste momento que ressaltamos a importância de cada área ter suas especificidades, mas, ressaltamos também, a importância dos conhecimentos e práticas estarem integrados, conforme argumentamos no capítulo dois.

Entidade assistencial 2 - Mas o nosso foco não é proporcionar questões da saúde, a gente simplesmente está lá com um olhar social, tirar do isolamento, amenizar o risco, a sobrecarga do cuidador, essa é a nossa parte, agora a questão específica da saúde, como por exemplo precisa passar por alguma especialidade, aí é encaminhado. [...] E muitas vezes precisamos da Saúde e fazemos contato com a Secretaria da Saúde para alguma consulta. Alguma coisa nesse sentido, mas alguns precisam de algum atendimento da saúde no domicílio e a gente não consegue. [...] A gente faz as orientações, se você for até a UBS consegue marcar consulta, aí quando não consegue marcar consulta muito rápida, a gente tenta marcar com a Secretaria de Saúde direto, a gente não liga na UBS, a gente tenta deixar de Secretaria para Secretaria, encaminha relatório para a Secretaria de Ação Social e requisita o serviço.

Além das dificuldades evidenciadas pela fragmentação das políticas de saúde e de assistência social, existe também a dificuldade apresentada pela fragmentação

na distribuição dos serviços dentro das próprias políticas, conforme relato do serviço de atendimento hospitalar:

Serviço de Atendimento Hospitalar - Vou usar o termo que é a “Odicéia” para o usuário. É uma verdadeira “Odicéia” porque ele vai enfrentar de tudo, vai ouvir de tudo, tanto aqui no hospital quanto na rede. Então vamos exemplificar: um usuário de alta dependência, com AVC, que está totalmente acamado, não contactua, alimenta por uma sonda, e cada coisinha que ele vai precisar é num local da rede. [...] Então se for fralda é na Atenção Básica de Saúde, se for dieta já é na DRS, só a dieta, já os frascos e equipo é na Unidade Básica, se for um medicamento que é padronizado, na Atenção Básica, vai lá, se não for, vai para a DRS, se não for nenhum dos dois, volta na Atenção Básica para passar por avaliação para ver a possibilidade da Secretaria [de Saúde] fornecer. Então fica tudo muito fragmentado. E tem a questão dos formulários, são muitos formulários, muitos tipos diferentes de receitas. É frequente o usuário sair daqui e ele voltar porque para esse remédio é um formulário, para esse é outro...para esse tem que estar escrito isso, isso e isso. Tem que estar justificado. O que acontece também é que cada unidade básica de saúde solicita uma coisa diferente, por exemplo, a fralda, uma unidade não pede a justificativa do porquê usa fralda, já uma outra, solicita a quantidade e a justificativa do porquê precisa de fralda, então, nem as unidades tem um fluxo igual, pra ficar mais fácil para as famílias. [os usuários] Ficam perdidos, manda pra um, manda pro outro. É gritante a quantidade! Quando a gente tem oportunidade de ouvir, de ter retorno: ah! A gente anda daqui, anda de lá, vai aqui, vai ali...e pra ouvir o não!

As dificuldades de acessar os recursos materiais e humanos também são sentidas pelos usuários, quando utilizam esse serviço para conseguir os materiais necessários, para manter o cuidador e até mesmo para aprender como manusear o acamado. Ou seja, não se trata apenas de dificuldade financeira, mas da necessidade de recursos humanos que proporcione algum tipo de apoio.

A falta da prática de intersetorialidade entre as políticas de Assistência e da Saúde tem gerado uma sensação de frustração e impotência àqueles que gerenciam os serviços no domicílio:

Entidade assistencial 1 - [...] tem horas que me sinto sozinha, porque uma coisa é desenvolver o serviço no domicílio, outra coisa é assumir diversas outras questões que a gente fica responsável [...] Então eu acho que a gente tem que sentar, conversar, pensar, definir alguns fluxos que se eu vou fazer um ofício, eu possa encaminhar direto e eu passo pra você pra que me ajude a cobrar deles, porque aí fica difícil a gente encaminhar assim sozinho. [...] porque ficar sozinho com aquela frustração, aquela angústia, e parece que o caso

não caminha, a gente não tá tendo o suporte de outras políticas públicas e a proposta que eu entendo, todo serviço de qualquer entidade é para complementar as ações do poder público, porque isso é responsabilidade do poder público e que acabam terceirizando para as instituições.

Foi proposta ao Conselho Municipal da Terceira Idade (COMUTI) do município de Franca a intersectorialidade de diversas áreas de prestação de serviços à pessoa idosa, no entanto essa iniciativa também apresenta algumas complicações:

COMUTI – [...] a gente tem trabalhado nesse sentido de operacionalizar a ação integrada no atendimento...no que o Estatuto do Idoso prevê para melhor qualidade de vida ao idoso enquanto ser humano. E neste período todo tem havido uma discussão, debate e troca de ideias, entre os conselheiros, nos dois primeiros anos foi uma dificuldade a gente conseguir a presença de representantes da saúde, da educação, do meio social, do poder legislativo, que seriam as faculdades de Direito, que estariam sendo sensibilizados a ensinar junto aos alunos do curso de Direito trabalharem essa integração e uma dificuldade muito grande tem sido junto às faculdades de Direito de Franca [...] Então, o Estatuto do Idoso estabelece essa aproximação e essa intersectorialidade, integração, um trabalho conjunto, mas a dificuldade continua. Então, concretamente num trabalho de intersectorialidade, está começando a “engatinhar” é com a área da saúde, que está havendo uma efetiva aproximação, uma realização de trabalho conjunto, não só na presença no Conselho, mas no desenvolvimento de Programas de atendimento ao Idoso. Então neste sentido na área da saúde ainda está segmentado. Na área da assistência social estamos conseguindo uma maior abertura de espaço com os grupos que estão trabalhando com idoso.

Sobre o atendimento domiciliar, o representante do COMUTI entende que é importante e tem estimulado a organização e desenvolvimento desta prática:

COMUTI - O Conselho está estimulando as organizações a estarem se abrindo a este trabalho domiciliar. E das instituições daqui de Franca, temos 5 instituições [...] Dessas 5, apenas 1 que faz [...] que vem realizando, já há 2 anos, esse atendimento domiciliar [...] pra uma Secretaria de Saúde, além de todas as unidades que ela tem, descentralizado em Franca, ela realiza atendimento domiciliar, porque a cada ano que passa, a tendência é aumentar o número de idosos que estão com dificuldade de locomover, de autocuidado e de ir até o local de atendimento que necessitam. Com isso o custo é muito alto, mas ela tem que ser trabalhada.

A partir dos estudos realizados, em que se discute a necessidade de suplementação financeira às famílias, questionamos aos gestores se haveria algum tipo de atendimento com transferência de renda para famílias com pessoas idosas acamadas, mas não foi encontrada uma prática neste sentido, embora os serviços reconheçam que isso possibilitaria maior autonomia às famílias:

Saúde - Não existem subsídios financeiros provenientes da Secretaria de Saúde ou da Ação Social, mas existem os benefícios do INSS, tais como aposentadorias e pensões, auxílios-saúde, etc.

Entidade assistencial 2 - Hoje o que nós temos dentro da política de assistência, temos os programas de transferência de renda, os programas do governo federal e do Estado. Temos o Programa Renda Mínima e os benefícios eventuais, a partir do ano passado, tem uma lei específica de benefícios eventuais, então, a questão de aluguel social, cesta básica, dentre outras vulnerabilidades que a família tende a apresentar, a unidade que ele está referenciado, vai fazer a avaliação e vai fazer esta solicitação. Especificamente no foco do cuidador não existe ainda nenhuma discussão com relação à repasse, com relação à transferência de renda. Acho que a família vai contar às vezes com o benefício ou com a aposentadoria do próprio idoso, então acaba que sendo essa o recurso que teria disponível. Então, são os programas de transferência de renda mais os benefícios eventuais e aí no caso de idosos, os benefícios de aposentadoria.

Serviço de Atendimento Hospitalar - Ter suporte pra família, ter recursos próprios, de orientação, de apoio pra que a família possa assumir o papel do cuidador.

Entidade assistencial 2 - o que está estabelecido na tipificação é a prevenção e não vemos isso. Ainda é inexpressível as políticas pra futuro, ainda está no emergencial.

4.4 Comissão Intersetorial do Programa “Cidade Amiga do Idoso”– um trabalho inicial em Franca/SP

Como já mencionamos anteriormente, a totalidade não significa a junção das partes, mas perceber o sujeito em sua integralidade. A intersetorialidade trás esse desafio de superar a fragmentação dos serviços e de fato assistir o usuário de forma integral e integrada, afinal, a mesma pessoa está inserida em diferentes serviços. E é em razão disso que se propõe a criação de uma comissão intersetorial no município para discutir assuntos relacionados à pessoa idosa, como o “São Paulo

Cidade Amiga do Idoso”, que consideramos ser uma prática de extrema relevância, uma vez que permite uma atenção integral ao idoso, levando em conta todas as suas necessidades– habitação, saúde, educação, assistência social, cultura, lazer, esporte, etc., podendo ser uma iniciativa próxima do rompimento com a fragmentação entre as políticas.

O programa “São Paulo Cidade Amiga do Idoso”, instituído pelo Decreto nº 58.047, de 15 de maio de 2012, tem trabalhado sob a perspectiva de intersetorialidade, por meio da comissão intersetorial, que inclui as diversas áreas relacionadas com a política da pessoa idosa (Portaria 232, de 22 de agosto de 2013), com representantes dos segmentos:

- Gabinete do Prefeito;
- Secretaria Municipal de Saúde;
- Secretaria Municipal de Educação;
- Secretaria Municipal de Ação Social;
- Secretaria Municipal de Desenvolvimento;
- Secretaria Municipal de Segurança e Cidadania;
- Secretaria Municipal de Serviços e Meio Ambiente;
- Secretaria Municipal de Planejamento Urbano;
- Centros Comunitários;
- Fundação Esporte, Arte e Cultura (FEAC);
- Empresa Municipal para o Desenvolvimento de Franca (EMDEF);
- Habitação Popular de Franca (PROHAB);
- Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI-UNESP);
- Conselho Municipal da Terceira Idade (COMUTI).

Uma das representantes da comissão intersetorial nos relatou que no momento em que o município aderiu ao Programa a comissão recebeu uma primeira orientação sobre as diversas ações e etapas a serem cumpridas para a conquista dos selos que certificam o cumprimento das exigências.

Para a primeira etapa seria necessária a organização de uma comissão, a qual seria responsável pelo diagnóstico da situação do município. Até então, não havia orientação sobre como realizar este diagnóstico e durante o período de um ano foi feito um levantamento de todos os serviços existentes e direcionados à pessoa idosa no município, nos diversos segmentos (saúde, assistência, cultura,

educação, esporte, urbanismo, etc.). Porém, quando receberam as instruções, tomaram conhecimento de que não seria esta a metodologia de trabalho, pois haveria a necessidade de realização de oficinas junto aos idosos de diferentes regiões do município para se obter um conhecimento do tipo de informação que eles têm sobre os serviços prestados e o grau de satisfação.

Comissão Intersetorial Cidade Amiga do Idoso - num primeiro momento o Prefeito fez a adesão para o selo e aí tem várias etapas a serem cumpridas. O primeiro momento desse selo, foi de que ele deveria realizar um diagnóstico, como não tinha nenhuma diretriz do Estado de como isso ia acontecer. [...] começamos a trabalhar com uma comissão por nossa conta, então nós convocamos por meio de uma Portaria os diversos representantes em 2013, designando as pessoas para compor a comissão, que seria responsável pelo diagnóstico pelos serviços existentes. [...] e essa Comissão começou a se encontrar sistematicamente, a cada dez dias nos reuníamos, e começamos a elaborar esse diagnóstico. [...] A gente além de fazer o diagnóstico, a gente conseguiu de certa forma fazer algumas contribuições e algumas pequenas mudanças. [...] Nesse meio de tempo, chegou a diretriz que é completamente definida estabelecida, não tem onde fugir.

Há três tipos de selos, que certificam o cumprimento das exigências para recebimento do título de “Cidade Amiga do Idoso”: Selo Inicial, Selo Intermediário e Selo Pleno, e sua conquista se dá por etapa, ou seja, é necessário cumprir uma série de exigências para avançar de um selo a outro. O município de Franca se encontra na fase de obtenção do Selo Inicial, nesta etapa há a obrigatoriedade de se realizar oficinas com as pessoas idosas e com os gestores. A comissão intersetorial já realizou duas oficinas com os idosos nas regiões centro e norte. Nos encontros foram feitas diversas perguntas sobre os eixos pré-estabelecidos com o Idea Idoso. E será realizada também uma oficina com os gestores, conforme eixos do Idea Gestor:

Comissão Intersetorial Cidade Amiga do Idoso - E aí com essa metodologia, tem a Idea Gestor e Idea Idoso, que vem toda a metodologia com base no Guia Global da Cidade Amiga do Idoso. [...] e aí você tem que realizar oficinas com os idosos de forma que você obtenha deles qual é a visão, impressão, e a vivência que eles tem, dentro do seu espaço, dentro do seu território, na visão dele, como é que está a política do idoso sendo vivida no município. [...] nós já fizemos 2, na região norte e na região centro, já tá marcada agora na primeira semana de agosto na região oeste e em seguida vamos fazer na sul, realizando nos 4 territórios. Vai ajudar pra gente ter uma visão e depois a do gestor que é uma oficina separada.

Na realização destas oficinas os participantes votam “sim”, “não” ou “parcialmente” quando questionados se são atendidos por determinado serviço do eixo discutido. A resposta “parcialmente” pode permitir a identificação da existência do serviço, mas com insuficiência de cobertura da demanda. Ao final há uma somatória dos votos e é fechado o diagnóstico, que será discutido posteriormente com os gestores. O interessante dessas oficinas é que permite um contato com a realidade dos munícipes, conhecer suas dificuldades e ouvir suas opiniões, o que nos pareceu ser uma metodologia democrática e aberta, uma vez que possibilita realizar as discussões a partir da comunidade e não de uma forma pré-estabelecida. Porém, durante a entrevista, refletimos com a representante da comissão intersetorial sobre o perfil dos idosos que compunham a oficina para votação dos eixos, e percebemos que os idosos participantes eram somente aqueles ativos e independentes, não contemplando os que estavam acamados em seu domicílio, havendo a necessidade de convidar os familiares ou cuidadores.

Comissão Intersectorial Cidade Amiga do Idoso - Nessa oficina com os idosos, a gente apresenta as questões, são 80 questões, 8 réguas, a gente vai projetando...por exemplo, na moradia, se existe programa municipal de moradia para todos os idosos? Se a pessoa...aí a pessoa levanta uma plaquinha de sim, não ou parcialmente, ela vota. Que são 80 questões que precisam ser respondidas em 2hs, 2hs30, 3hs no máximo. A gente vai somando, ao final a gente soma essa régua e aí assim, nós não podemos interferir nas respostas, então deixa pra ver o que eles tem de informação....aqui pergunta na área da saúde, os idosos recebem assistência domiciliar que inclua serviço de saúde tipo cuidador ou home care?, aí assim, tudo não, uma senhora levantou que sim, aí todo mundo olhou...e como assim? Sim tenho uma vizinha que é atendida pela Secretaria de Ação Social e eles [cuidadores] vão lá...e como assim, você precisa explicar.... Aí assim, esse é um outro momento, porque você sabe que tem, mas não pode interferir na resposta. Ai tá, aí depois a gente soma essa régua, tem um resultado, tem uma nota que é atribuída naquela região. [...] Com o Idea Gestor é a mesma coisa, então não é aquele levantamento todinho que nós fizemos [...] aí sim também, que faz da mesma forma que os idosos que vocês faz o resultado final a gente debate como é que o município pode melhorar nas dimensões que são diferentes do sim, a gente define prioridades e compromissos e depois de 1 ano a gente volta pra analisar o que evoluiu nesse período. Realiza outras 4 oficinas a gente avançou nisso, recuou nisso, perdeu nisso, então esse que é o instrumental de avaliação.

Sobre propostas específicas à pessoa idosa acamada, perguntamos à representante da comissão intersetorial quais seriam os benefícios que este Programa poderia acrescentar a este público. O que nos foi relatado é que dependerá do resultado dessas oficinas para verificar o que será estabelecido como meta.

Comissão Intersetorial Cidade Amiga do Idoso - Especificamente para o idoso no domicílio são ações bem pontuais. Então assim, psicólogo, fono, são pontos de estrangulamento na rede e isso é complicadíssimo. E o que a gente tem detectado também com as denúncias pelo Conselho do Idoso, mas também acredito que isso aconteça de forma geral, as pessoas estão isoladas dentro de suas próprias casa, principalmente os idosos pelo contexto familiar, que não participam das decisões que a família toma, as vezes com recurso do próprio idoso, não entram nas decisões da família de questões, não só orçamentárias, mas das decisões do dia a dia, das conversas e eles não são incluídos no lazer, não são incluídos na viagem, então as famílias estão negligenciando seus idosos e isso é uma constatação que o próprio conselho faz e a gente vê. [...] Então na questão de atendimento à assistência no domicílio, ele recebe esse serviço? Recebe, mas é insuficiente. Essa é uma prioridade? Vai ser estabelecida como uma meta? Isso vai aparecer. [...] a régua 8 diz que é o apoio comunitário e saúde...eles vão saber do mapa de todas as regiões da cidade, como isso é visto na ótica dos idosos e de que forma articular e estabelecer meta, prioridade, pra avançar nessas questões.

Perguntamos para a representante como avaliava este trabalho intersetorial de oferta de serviços para a pessoa idosa do município de Franca e obtivemos como resposta o comentário de que as políticas ainda são segmentadas, sendo a prática intersetorial inicial ainda no município, mas que as metas estabelecidas junto às oficinas do Idea Gestor serão resolvidas intersetorialmente. Nesse sentido, caso um eixo da saúde seja estabelecido como meta, sua realização não se dará de modo isolado, uma vez que outras áreas estarão inseridas nesta ação:

Comissão Intersetorial Cidade Amiga do Idoso - E isso a nível do município ele fica bem extinto, “cada um no seu quadrado”, então a parte do cuidador é da área da Saúde e não da Assistência. [...] então precisa integrar e articular melhor esse tipo de atendimento. O que falta é integrar melhor esses serviço e ver isso é meu, isso é seu, e o idoso fica esperando. Então a meta será resolvida intersetorial e aí você observa assim. [...] Na área social ela não trabalha do ponto de vista da Saúde, a área Social não tem nada, tanto é que não orienta medicamento, ela requista serviço, mas não atende nada da parte da Saúde.

Dos resultados obtidos na pesquisa, pudemos verificar que o serviço de atenção domiciliar tem sido realizado no município de Franca pelas equipes de PSF e pelas equipes das entidades assistenciais vinculadas à política de Assistência Social. Estes trabalhos têm sido muito significativos na vida dos usuários, pois, conforme relatos, o agente comunitário da saúde, nas unidades que disponibilizam este profissional, tem auxiliado no atendimento integral ao usuário, na medida em que realiza uma articulação entre os serviços de saúde, assistência e o serviço de assistência no domicílio, o que representa um apoio tanto ao usuário do serviço quanto a sua família, principalmente ao cuidador familiar.

O município ainda não conta com uma equipe multiprofissional que faça um atendimento no domicílio no âmbito da área da Saúde. Um serviço que poderia ser concretizado por meio do Programa Melhor em Casa. Dos dados obtidos, tanto os usuários como as equipes envolvidas na atenção domiciliar aguardam a implantação deste trabalho no município de Franca, por compreender que seria um serviço complementar ao realizado pela Assistência Social, e neste caso haveria, de fato, um trabalho integrado entre as políticas de Saúde e Assistência Social, no atendimento à pessoa idosa acamada.

É importante desenvolver um trabalho intersetorial de atendimento à demanda estudada em razão da necessidade de o atendimento realizado pelas várias áreas do serviço público (saúde, educação, assistência social, habitação, etc.) ser feito no domicílio do paciente, ou seja, é necessário que muitos serviços sejam levados à pessoa acamada, devido a sua dificuldade de remoção.

E foi na área da Saúde e Assistência Social que identificamos uma maior necessidade de haver um trabalho conjunto, e tal necessidade é confirmada tanto por essa pesquisa quanto pela experiência profissional na área. O trabalho intersetorial contribui para o fechamento de lacunas, para a agilidade do atendimento, para a percepção ampla das necessidades, sobretudo para a minimização da fragmentação e segmentação das políticas e ações.

Destacamos o trabalho iniciado no município da implantação do Programa “Cidade Amiga do Idoso”, o qual propõe esta prática intersetorial em todas as instâncias, desde a identificação das necessidades, até o estabelecimento de metas e resolutividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do conhecimento obtido sobre as formas de acesso dos usuários aos serviços da saúde e da assistência social e seus recursos disponíveis na rede de proteção à pessoa idosa acamada, constatamos que, devido ao aumento da população idosa no mundo, sobretudo no Brasil, há uma exigência de reformulação das políticas públicas, de forma a oferecer um atendimento específico, e de qualidade, a este segmento da população. O atendimento realizado de forma integral e integrada, representa um desafio para os gestores das políticas públicas das esferas federal, estadual e municipal, bem como para os profissionais que atuam nessas áreas, que precisam se capacitar e atender às exigências desta nova configuração demográfica.

O cuidado domiciliar de pessoas acamadas permite a promoção da qualidade de vida ao manter o máximo possível a pessoa junto da sua família, principalmente num momento em que se encontra fragilizada e debilitada. Sabemos, a partir dos estudos apresentados, que muitas vezes a pessoa acamada deseja permanecer em sua residência ao invés de ser mantida numa unidade hospitalar. Porém, constata-se que não se pode atender essa vontade com os mesmos recursos e tecnologia encontrados num hospital. Para se ter no domicílio uma estrutura que atenda as necessidades do acamado há a exigência de investimento em políticas públicas e apoio às famílias.

Tal efetivação se faz necessária não só pelos recursos materiais em si (cama hospitalar, cadeira de rodas, cadeira de banho, entre outros), mas pela necessidade de recursos humanos, sobretudo de profissionais da saúde e da assistência social que possam orientar e auxiliar as famílias que possuem pessoa acamada sob seus cuidados. Trata-se de instrumentalizar e empoderar as famílias de conhecimentos e dar-lhes o apoio necessário. Esse apoio deve abranger desde a atenção básica e especial da política de assistência social, para que os vínculos familiares sejam fortalecidos, até a área da saúde para se garantir a qualidade do cuidado conforme a condição apresentada pela pessoa acamada.

Vimos que historicamente as políticas de saúde e de assistência social têm abordado a necessidade de mudança na forma de atendimento à população. São formas que pretendem romper com um modelo fragmentado, partindo para um

modelo que compreenda a totalidade das necessidades das pessoas, pois quando a pessoa é idosa e acamada, as exigências relativas aos cuidados estão concentradas no domicílio, no qual podem ser encontradas diferentes situações que precisem de suporte profissional ou de recursos. Esta pesquisa procurou demonstrar a emergência de uma gestão de políticas públicas que promova a integração dos diferentes setores voltados para o atendimento da pessoa idosa acamada em domicílio.

A intersectorialidade se torna prática fundamental, uma vez que por meio da integração das políticas de saúde e de assistência social cria-se a possibilidade de se estabelecer um planejamento em conjunto para que se alcance maior eficácia, eficiência e efetivação das prioridades e metas estabelecidas em conjunto. O desenvolvimento de uma prática intersectorial entre saúde e assistência social se torna imprescindível ante as necessidades e urgências que essa parcela mais fragilizada da população idosa vem apresentando. Trabalhar de forma intersectorial exige reconhecimento e disposição para enfrentar o fato de que uma política dependerá da outra, ou seja, não adianta a política de saúde atender com os recursos materiais e humanos, exigidos pela condição física da pessoa idosa acamada - curativos, fisioterapia, atendimento nutricional, se não existir a garantia de continuidade desses cuidados pela família, ou seja, da existência de um cuidador. O trabalho de uma equipe de saúde no domicílio também depende das condições de salubridade da residência, de os familiares favorecerem a prestação de cuidados, de que haja providência de materiais, dentre outras providências. Da mesma forma, a política de assistência social depende de serviços e recursos da saúde para efetivar seu trabalho interventivo, por exemplo, a garantia de que a pessoa permaneça no seu meio familiar, cuidadores informados e capacitados quanto aos cuidados necessários em domicílio, caso contrário, há possibilidade de se desenvolver novos problemas como a fragilidade nos vínculos familiares, institucionalização, situações de negligência, entre outros.

Além da necessidade de integração entre as políticas de saúde e de assistência social, existe, ainda, a necessidade de melhoria e integração dos serviços dentro das próprias políticas. Como identificamos nas entrevistas, apesar da existência dos serviços e recursos e de existirem protocolos de atendimento (medicações, fraldas geriátricas, materiais para curativo, dietas industrializadas,

bolsa de colostomia, etc.), esses estão fragmentados e sem um padrão de fluxo no atendimento e isso dificulta o acesso. Na área da política de assistência social também identificamos a necessidade de integração dos serviços dentro da própria política, uma vez que os depoimentos de representantes das entidades assistenciais demonstram a preocupação em descrever o tipo e o nível de atenção prestados, ou seja, de esclarecer qual era a sua “parte” no trabalho, embora reconheçam a necessidade de interação com as outras áreas do processo. Dando a visão de um processo repartido, feito por setores, onde cada um é responsável por apenas um fragmento do processo de cuidados. É necessário um trabalho, na rede de atendimento, que una, que integre, que assista as pessoas e que abranja essa rede em sua totalidade.

O processo histórico do Serviço Social enquanto categoria profissional especializada na divisão sócio técnica do trabalho, grandes foram os esforços para esclarecer o que é privativo do assistente social, ou seja, o que é próprio da sua profissão. Este processo tem sido benéfico para o próprio profissional para que tenha claro seus objetivos e função profissional, esclarecendo a identidade da profissão, não mais atribuída pelo capital e seus rebatimentos desiguais na sociedade, mas agora com uma ética-política e prática condizente com o ideal de uma sociedade justa e igualitária. O que o Serviço Social não pode perder de vista é o cuidado com a demasiada preocupação com sua especialização na divisão sócio técnica do trabalho e práticas privativas, podendo enrijecer as práticas de trabalho, deixando de vislumbrar ações interdisciplinares, ações inovadoras, criativas e alternativas para o enfrentamento das questões sociais.

No município de Franca/SP há iniciativas de integração entre as políticas de saúde e de assistência social, por exemplo, a Comissão Intersetorial do Programa “Cidade Amiga do Idoso”. Por ser um trabalho inicial, não foi possível mensurar seu impacto na sociedade. No entanto, percebemos que tem aberto espaço para a democratização das questões sociais, participação social e acompanhamento das políticas. Outra iniciativa, que podemos citar, é a inauguração do Programa “Melhor em Casa” formatado pela política de saúde, que será um serviço complementar à política de assistência social. Portanto, a cidade de Franca/SP está em processo de concretização de algumas propostas intersetoriais voltadas à pessoa idosa acamada e acreditamos em impactos propositivos e positivos na comunidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. L. T. Descentralização e intersetorialidade: desafios para a consolidação da política pública de educação. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.
- BATISTELLA, C. et al. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. (Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/313818/mod_resource/content/1/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.
- BERTANI, I. F. et al. (Org.). Cidade amiga do idoso: um caminho a percorrer. Franca: Unesp – FCHS, 2011.
- BIDARRA, Z. S. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, 2009, n. 99, p. 483-497, jul./set. 2009.
- BOMFIM, M. Brasil vive 'revolução de longevidade', diz médico Alexandre Kalache. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 27 mar. 2014. Seminários folha. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1431755-brasil-vive-revolucao-da-longevidade-diz-medico-alexandre-kalache.shtml>>. Acesso em: 28 abr. 2015.
- BRANT, L. C.; MINAYO, C. G. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.
- BRASIL. Lei 5.727, de 4 de novembro de 1971. Dispõe sobre o Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), para o período de 1972 a 1974. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L5727.htm>. Acesso em: 11 jul. 2015.
- _____. Lei 6.151, de 4 de dezembro de 1974. Dispõe sobre o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), para o período de 1975 a 1979. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 1974. p. 13869. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6151.htm>. Acesso em: 27 jul. 2015.
- _____. Lei 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 1977. p. 11617. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm>. Acesso em: 11 jul. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Anexo. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 27 jul. 2015.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 18055. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 jul. 2015.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 DEZ. 1990b. p. 25694. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 27 jul. 2015.

_____. Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 8 dez. 1993a. p. 18769. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 27 jul. 2015.

_____. Lei 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 1993b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.

_____. Lei 9.720, 30 nov. 1998. Dá nova redação a dispositivos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 dez. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9720.htm. Acesso em: 11 jul. 2015.

_____. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L8842.htm>. Acesso em: 11 jul. 2015.

_____. Ministério do Trabalho. Portal do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3 ed. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006b. (Pactos pela saúde, v. 1).

Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol1.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2015.

_____. **Programa Melhor em Casa**. 6 set. 2013a. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>>. Acesso em: 23 maio 2015.

_____. Lei 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do Art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm>. Acesso em: 11 jul. 2015.

BRONZO, C.; VEIGA, L. Interdisciplinaridade e políticas de superação da pobreza. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 28, n. 92, p. 5 - 21, nov. 2007.

CADERNOS DE ESTUDOS: desenvolvimento social em debate: textos para V Conferência Nacional de Assistência Social: SUAS planos 10: estratégias e metas para implementação da política de assistência social no Brasil. Brasília, DF: MDS : SAGI, n. 2, supl., dez. 2005. 82 p. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/biblioteca/secretaria-de-avaliacao-e-gestao-de-informacao-sagi/cadernos-de-estudos/textos-para-v-conferencia-nacional-de-assistencia-social-suas-planos-10-estrategias-e-metas-para-implementacao-da-politica-de-assistencia-social-no-brasil-n.-02-suplemento>>. Acesso em: 27 jul. 2015

CALDAS, C. P. **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Carta de Ottawa: primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília, DF. **Anais....** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1980. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7_conferencia_nacional_saude_anais.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

CPFLCultura, a revolução da longevidade, com Alexandre Kalache. **Café filosófico, Instituto CPFL**, 20 set. 2013. Disponível em: <<http://www.cpflcultura.com.br/evento/cafe-filosofico-cpfl-a-revolucao-da-longevidade-com-alexandre-kalache/>>. Acesso em: 01/08/2015.

FAGUNDES, H. S.; NOGUEIRA, V. M. R. O princípio da integralidade nas políticas nacionais de saúde e assistência social. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DO FÓRUM UNIVERSITÁRIO DO MERCOSUL – FOMERCO, 7., 2009, Foz do Iguaçu. **Anais....** Disponível em: <http://www.uff.br/lassal/images/stories/jornadas/artigo/FAGUNDES_E_NOGUEIRA1.doc>. Acesso em: 7 jul. 2013.

FALEIROS, V. P. A questão da metodologia em Serviço Social: re-produzir-se e re-presentar-se. **Cadernos ABESS**, São Paulo, n. 3, p. 117-140, 1989.

FIOCRUZ; CICT; CCS. **Sérgio Arouca: sanitaria: reforma sanitária**. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

FOX, M. Mundo terá 1,3 bilhão de idosos até 2040. **Reuters Brasil**, Brasília, DF, 20 jul. 2009. Mundo. Idosos. Disponível em: <<http://br.reuters.com/article/worldNews/idBRSPE56J07A20090720>>. Acesso em: 25 dez. 2010.

FREITAS, M. P. D.; MORAES, E. N. de. Estrutura da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. In: FIOCRUZ. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD : ENPS Sérgio Arouca, 2008. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_594481029.pdf>. Acesso em: 2 maio 2015.

GOMES, B. et al. Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v. 26, n. 4, p. 327-334, jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/429/3706>>. Acesso em: 3 maio 2015.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho, Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

IBGE: população de idosos deve chegar a 32 milhões até 2025 no Brasil. **SINDIFARMA JP**, João Pessoa, 30 jul. 2009. Notícias. Disponível em: <http://www.sindifarmajp.com.br/noticias.php?not_id=1343>. Acesso em: 25 dez. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. (Estudos & pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 25). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau de.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2015.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

KALACHE, A. “Brasil envelheceu antes de enriquecer”, diz especialista. Entrevistador: Lucas de Abreu Maia. **Exame**, São Paulo, 30 jan. 2015. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/o-brasil-envelheceu-antes-de-enriquecer-diz-especialista>>. Acesso em: 28 abr. 2015.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. M.; MATTOS T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paul:, E.P.U., 1995.

KERSTENETZKY, C. L. Políticas sociais: focalização ou universalização. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 26, n. 4 (104), p. 564-574, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.rep.org.br/search.asp?txt_busca=celia+lessa>. Acesso em: 13 jan. 2015.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago. 2006.

MARCEL, T. **Brasil está no 58º no ranking de qualidade de vida dos idosos**. 1 out. 2014. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/DIREITOS-HUMANOS/475076-BRASIL-ESTA-EM-58-NO-.html>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

MARTINS, A. S. R. **Perfil social e acesso ao tratamento de saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica atendidas no Programa de Saúde da Família**. 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2008.

MENDES, J. D. V. Morbidade nas internações de idosos no SUS/SP em 2010. **GAIS Informa**: Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informação de Saúde, São Paulo, ano 3, n. 9, p. 1-21, out. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/gais_jornal_9.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2015.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, 1., 2008, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

Disponível em:

<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acessado em: 5 mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria MPAS/SEAS n. 73, de 10 de maio de 2001. Normas de Funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 maio 2001. p. 174. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2001/portaria-73-10-maio-2001-325960-publicacaooriginal-1-seas.html>>. Acesso em: 11 jul. 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2015.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002a.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. 2. ed. rev. e atual. Brasília, DF, 2002b. (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. _____. Portaria n. 702, 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. In: _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília, DF, 16 abr. 2002c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 23 maio 2015.

_____. _____. Portaria n. 249, 16 de abril de 2002. Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002d. p. 46. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_249.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006b. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

_____. _____. Portaria n. 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006c. Disponível em: <<http://www.idoso.mppr.mp.br/arquivos/File/25292964120110SESMT.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

_____. _____. Portaria n. 399/GM, 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2015.

_____. _____. Portaria n. 120, de 14 de abril de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 92, maio 2009. Seção 1. p. 88. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0120_14_04_2009.html>. Acesso em: 11 jul. 2015.

_____. _____. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 maio 2013, Seção 1. p. 30-32. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 11 jul. 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2012a. v. 1.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2012b. v. 2.

_____. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2014. (Técnica NavegadorSUS, n. 9). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2015.

MINISTÉRIO DE MINAS E ENERGIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial n. 630, de 8 de novembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2011. Disponível em: <<file:///E:/portaria%20630%20-%202011.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2015.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS n. 207, de 16 de dezembro de 1998. Aprova por unanimidade a Política Nacional de Assistência Social - PNAS e a Norma Operacional Básica da Assistência Social - NOB2. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 dez. 1998. Republicada em 16 abr. 1999. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/legislacao-2011/resolucoes/1998/Resolucao,P20CNAS,P20no,P20207-,P20de,P2016,P20de,P20dezembro,P20de,P201998.pdf.pagespeed.ce.S7r7czfn9-.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

_____. _____. Resolução CNAS n. 145, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 out. 2004. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/sobreministerio/legislacao/mds/resolucoes/2004/Resolucao%20no%20145-%20de%2015%20de%20outubro%20de%202004.pdf/view>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

_____. _____. Resolução CNAS n. 130, 15 de julho de 2005. Aprova a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB SUAS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 2005. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/arquivo/norma-operacional-basica-do-suas.pdf/view>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

_____. _____. Resolução CNAS n. 269, 13 de dezembro de 2006. Aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2006. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2006/CNAS%202006%20-%20269%20-%2013.12.2006.doc/view>>. Acesso em: 12 jul. 2006.

_____. _____. Resolução CNAS n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2009a. p. 82. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/legislacao/resolucoes/arquivos-2009/resolucoes-normativas-de-2009/>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

_____. Secretaria Nacional de Assistência Social. **LOAS anotada**: Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, DF, mar. 2009b. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/lei-organica-de-assistencia-social-loas-anotada-2009/Lei%20Organica%20de%20Assistencia%20Social%20-%20LOAS%20Anotada%202009.pdf/download>>. Acesso em: 17 jan. 2015.

MONTAÑO, C. Pobreza, “questão social” e enfrentamento. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012.

MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

MONERATT, G. L.; SOUZA, R. G. Intersectorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: _____.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

NOVAIS, R. Inversão da pirâmide etária brasileira e oportunidades: um estudo de caso com a Indústria de Cosméticos Natura. In: CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO, 1., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Convibra, 2005. Disponível em: <<http://www.convibra.com.br/2005/convibra.asp>>. Acesso em: 25 dez. 2010.

OMS. **Guia global: cidade amiga do idoso**. Genebra, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2015.

_____. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: uma antologia**. Washington, 1996.

PANSINI, A. L. L. **A intersectorialidade entre saúde e assistência social no município de Vitória/ES**. 2011. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

PRADO, D. O. **NOAS 01/2001: leitura comentada**. fev. 2001. Disponível em: <http://www.francymedia.byethost5.com/portal-francymedia/francymedia_sus/noas/noas-2001-comentada.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.

PREFEITURA DE FRANCA. Secretaria de Ação Social. **Prefeitura lança programa “Franca Cidade Amiga do Idoso”**. Franca, 22 ago. 2013. Disponível em: <<http://www.franca.sp.gov.br/portal/noticias/acao-social/prefeitura-lanca-programa-franca-cidade-amiga-do-idoso-e-anuncia-pacote-de-politicas-publicas-para-terceira-idade.html>>. Acesso em: 4 jun. 2015.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde (2014-2017): diretrizes, objetivos e metas plurianuais**. Franca, 2014b. Disponível em: <http://www.franca.sp.gov.br/portal/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=2144%3A2015-03-16-19-38-09&id=24%3Aplano-de-sade&Itemid=550>. Acesso em: 2 ago. 2015.

_____. **Portal da Saúde de Franca**. Franca, 2015. Disponível em: <<http://www.franca.sp.gov.br/portal/prefeitura/secretarias/saude.html>>. Acesso em: 9 jul. 2015.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Pacto pela Saúde: Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de São Paulo**. São Paulo, jul. 2008.

SARMIENTO, S. M. G.; LIMA FILHO, J. B. **A terceira idade na Pastoral da Criança: de bem com a vida**. 2. ed. Curitiba: Confederação Nacional dos Bispos do Brasil : Pastoral da Criança, 2004.

THEODORO, M.; DELGADO, G. Política social: universalização ou focalização – subsídios para o debate. **Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise**, Brasília, DF, n. 7, p. 122-126, ago. 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/ensaio3_Mario7.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2015.

VIEIRA, E. F. **Planos nacionais de desenvolvimento**. 16 jul. 2012. Disponível em: <http://www.ihgrgs.org.br/artigos/planos_desenvolvimento.htm>. Acesso em: 29 dez. 2014.

YAZBEK, M. C. Sistemas de proteção social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

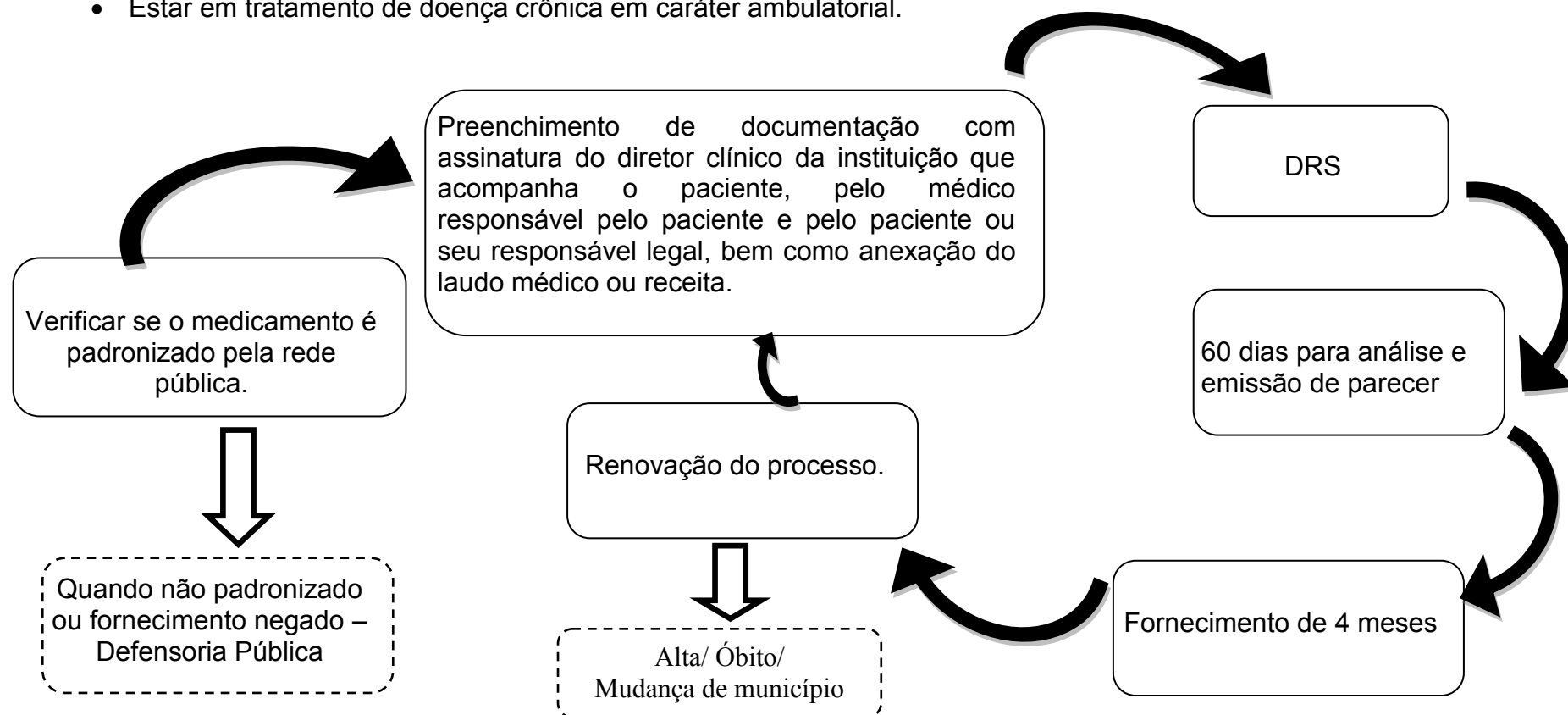
APÊNDICE

APÊNDICE A – Protocolos de serviços da política de Saúde e da Assistência Social de Franca/SP.

I - PROTOCOLOS PARA RECURSOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM FRANCA/SP

1. MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

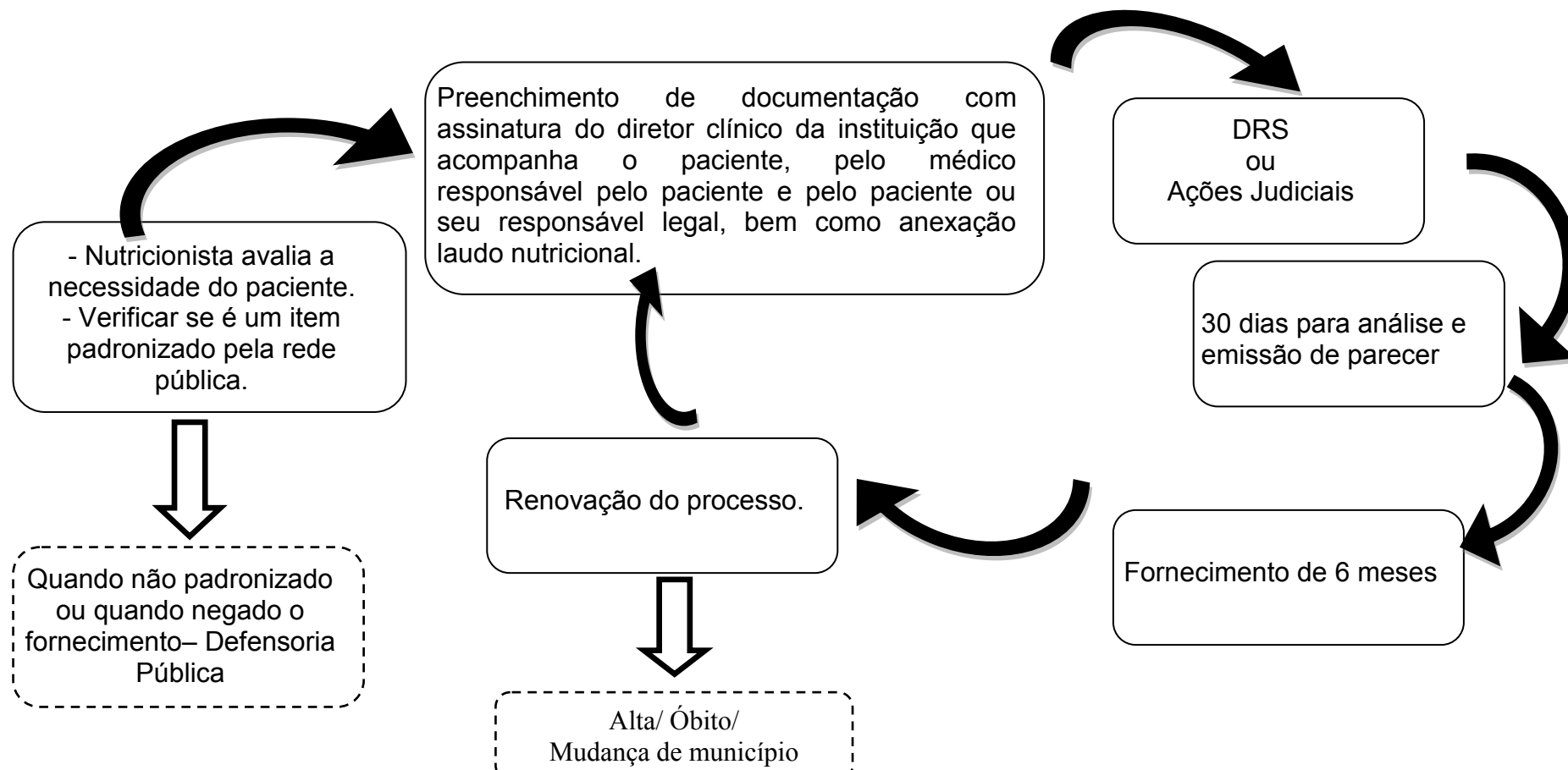
- Recurso da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (Resolução S. S. 54, de 11/05/2012).
- Atendimento aos serviços público e privado.
- Residente no Estado de São Paulo.
- Estar em tratamento de doença crônica em caráter ambulatorial.



Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Franca (2015).

2. DIETA ENTERAL

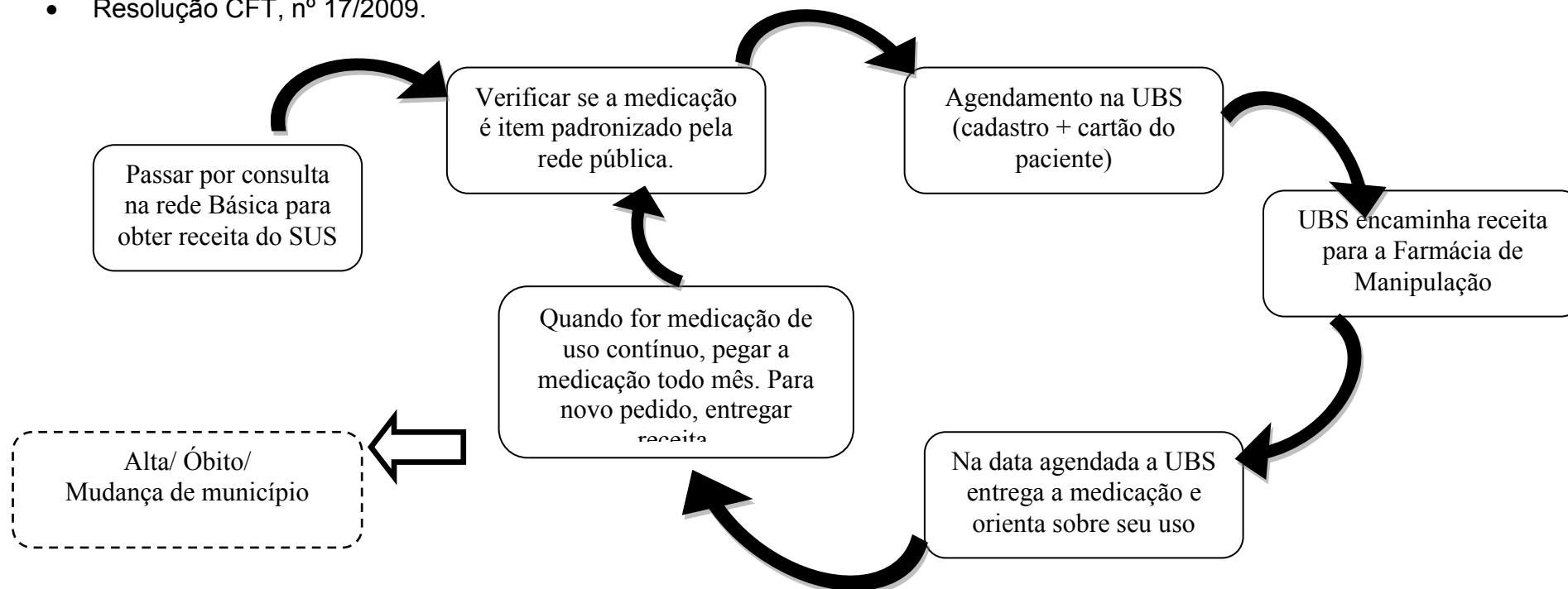
- Recurso da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (Resolução S. S. 54, de 11/05/2012). Atendimento aos serviços público e privado.
- Residente no Estado de São Paulo.
- Estar em tratamento de doença crônica em caráter ambulatorial.



Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Franca (2015).

3. MEDICAÇÃO MANIPULADA

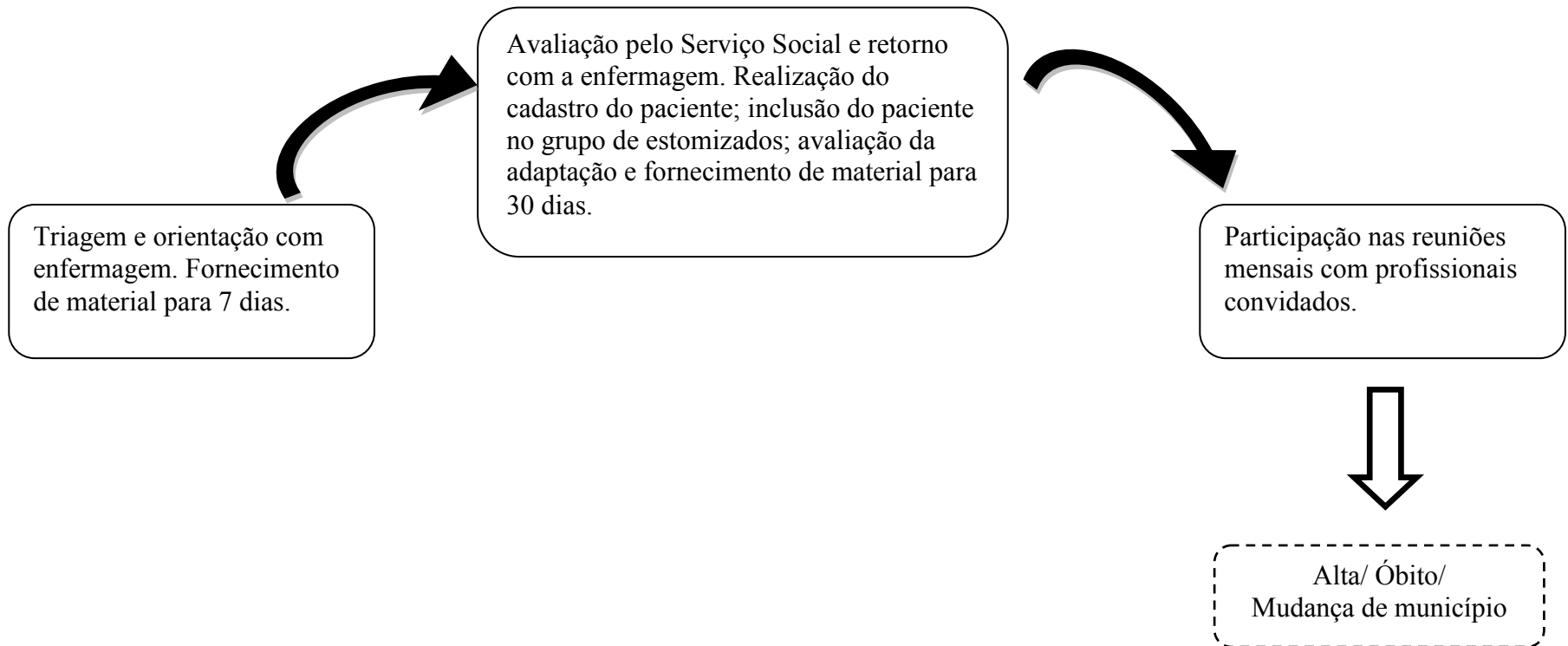
- Resolução CFT, nº 17/2009.



Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Franca (2015).

4. SERVIÇO DE OSTOMIA

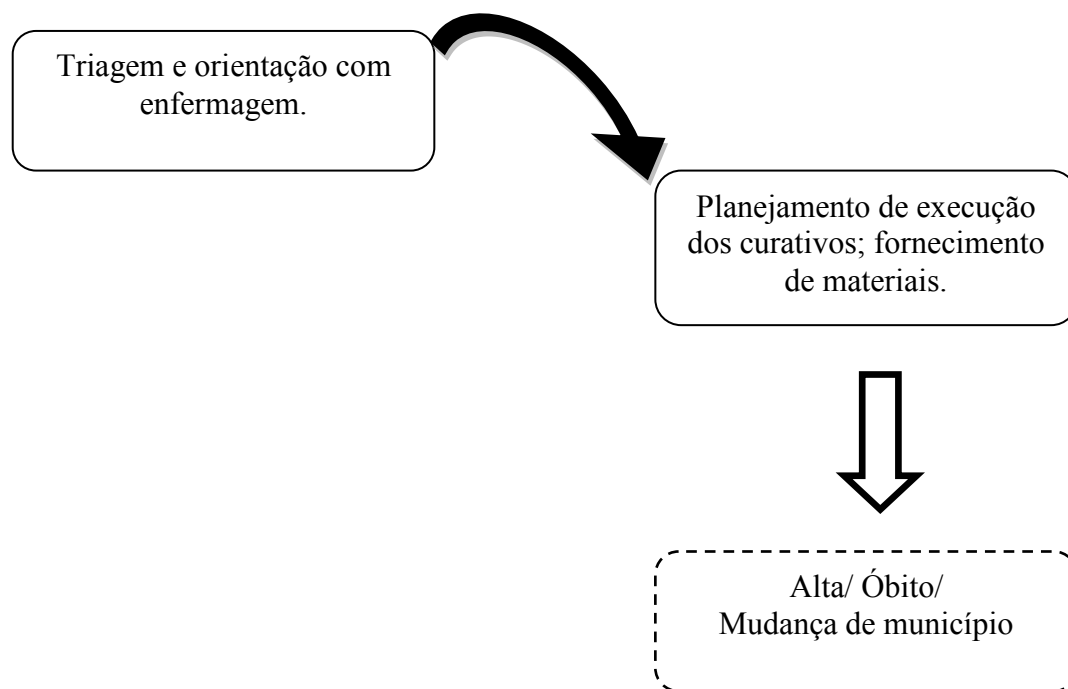
- Portaria 400/2009
- Serviço realizado no NGA16 (Núcleo de Gestão Assistencial).



Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Franca (2015).

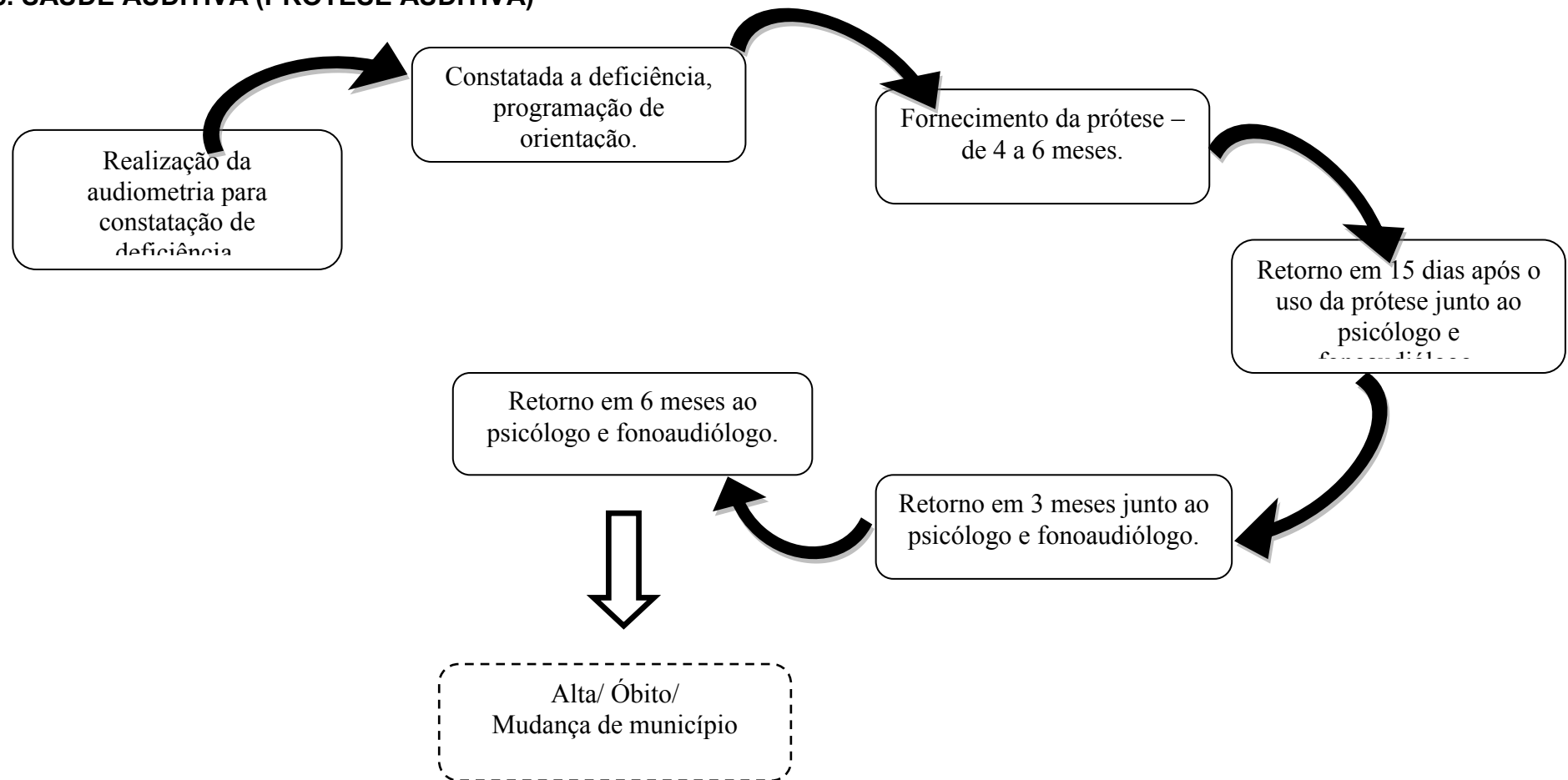
5. CURATIVO DE MÉDIA COMPLEXIDADE

- Serviço realizado no NGA16 (Núcleo de Gestão Assistencial).



Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Franca (2015).

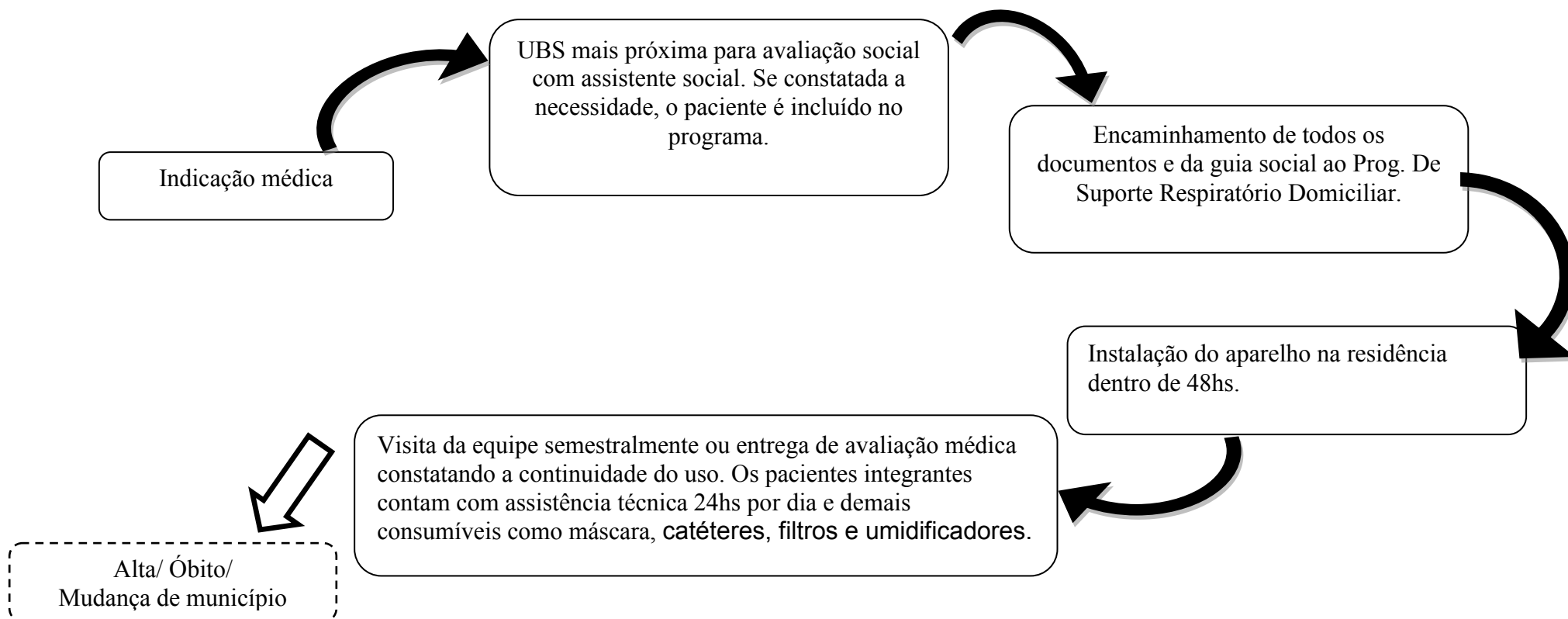
6. SAÚDE AUDITIVA (PRÓTESE AUDITIVA)



Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Franca (2015).

7. PROGRAMA DE SUPORTE RESPIRATÓRIO DOMICILIAR

- Programa direcionado às pessoas portadoras de patologias que causem hipoxemia, principalmente a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), como o enfisema e a bronquite crônica, crianças com déficits respiratórios, tendo indicação para o oxigênio. E os pacientes com a síndrome da apnéia do sono, assim como os pacientes com déficits respiratórios mais graves, seja por doenças neuromusculares ou distrofias musculares.



Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Franca (2015).

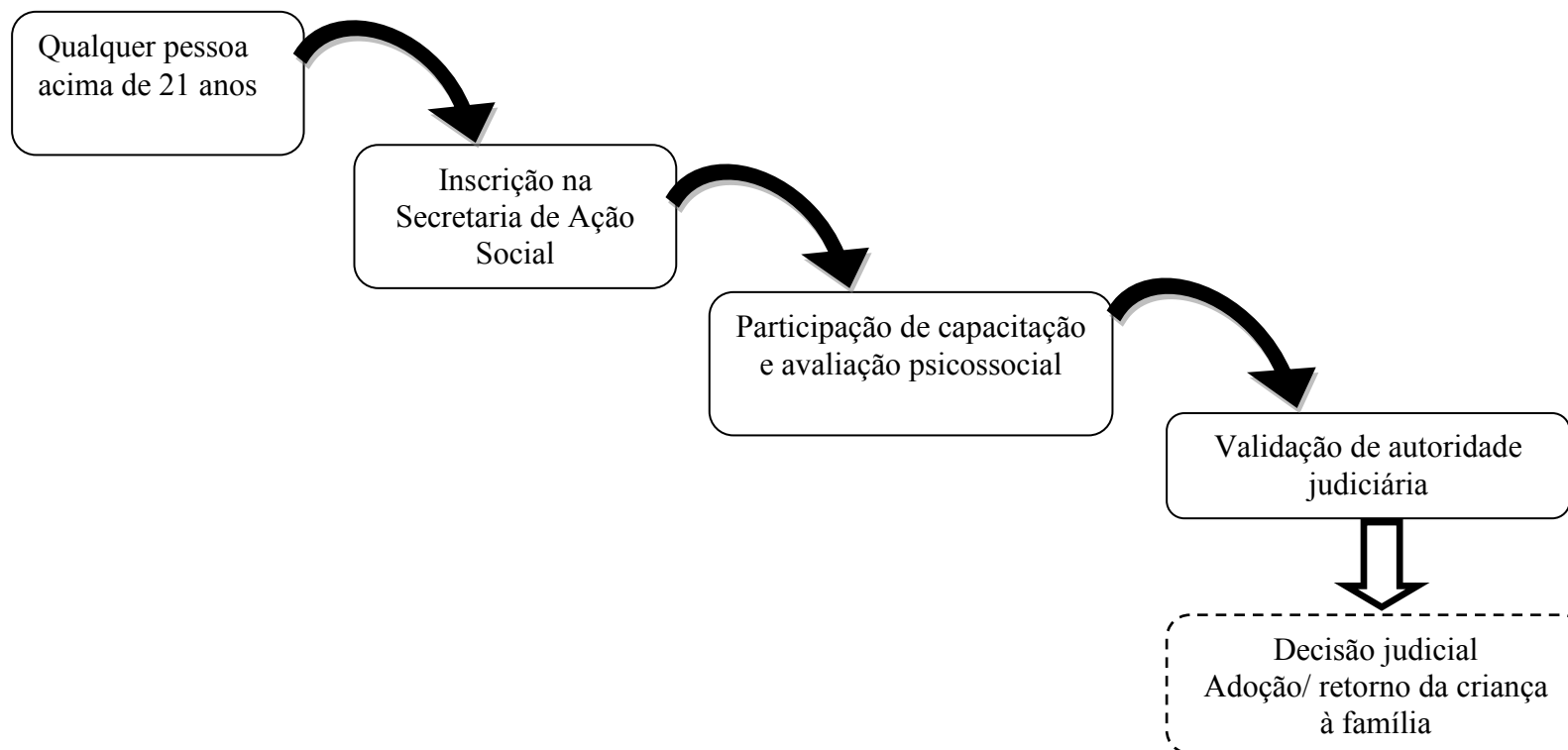
II - PROTOCOLOS DE RECURSOS E SERVIÇOS DA REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL EM FRANCA/SP

1. SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

Modalidade: Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

Público alvo: crianças e adolescentes, afastados da família por medida de proteção.

Serviço: O serviço é o responsável por selecionar, capacitar, cadastrar e acompanhar as famílias que acolherão as crianças e/ou adolescentes.



Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Franca (2015).

2. CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS)

Serviço: ofertam serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos nas diversas situações de violação de direitos.

Modalidade: proteção social especial de média complexidade.

Público alvo: Atende crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e qualquer indivíduo que se encontra em situação de risco pessoal e social (abandono, negligência, maus-tratos físicos, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psico-ativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, situação de mendicância, entre outros).

Equipe de atendimento: A equipe do CREAS é composta por assistentes sociais, psicólogos, advogado, educador social, terapeuta ocupacional, escrivão e estagiários.

Dentre as ações do CREAS destacamos a “Articulação e Monitoramento da Rede de Serviços de Proteção Social Especial - Entidades socioassistenciais.”

3. PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

- **Bolsa Família (Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004 e Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004).**

Serviço: Programa federal de transferência direta de renda; com condicionalidades; Registro no Cadastro Único.

Público alvo: Famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 70,01 a R\$ 140) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 70)

Requisitos: Comprovação da renda mensal per capita, número de membros na família, número de crianças e adolescentes até 17 anos.

Condicionalidades: calendário vacinal em dia, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças menores de sete anos; pré-natal para gestantes e acompanhamentos de nutrizes. Matrícula e frequência escolar mensal mínima de 85% para crianças e adolescentes entre 06 e 15 anos, e matrícula e frequência escolar mensal mínima de 75% para jovens entre 16 e 17 anos; na Assistência Social a frequência deve ser de 85% nos serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

- **Programa Renda Cidadã**

Serviço: Benefício social a famílias com renda *per capita* de até R\$200,00.

Recurso: temporário visa a melhoria das condições de subsistência das famílias.

Valor do benefício: R\$ 80,00 (oitenta reais) / mês por família.

Integrada com ações socioeducativas e de geração de renda.

- **Benefício de Prestação Continuada - BPC**

Recurso: Pagamento de 01 (um) salário mínimo mensal às pessoas com 65 anos de idade ou mais e às pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente bem como para o trabalho.

Requisitos: Renda *per capita* familiar deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínim.

- **Programa Renda Mínima**

Serviço: Programa municipal de transferência de renda, de acordo com a necessidade da família o repasse pode ser prorrogado por igual período.

Requisitos: Famílias em situação de pobreza, visando a auto-sustentação e melhoria da qualidade de vida.

Benefício: R\$109,83 mensalmente num período de 24 meses.

- **Oxigenoterapia Familiar**

Serviço: Benefício municipal de transferência de renda. Contribuir com o pagamento parcial das despesas de energia elétrica geradas pelo uso do aparelho.

Requisito: Usuários que fazem uso de aparelhos de oxigenoterapia, conforme critérios do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde e, além disso, estão dentro dos critérios (abaixo) para o pagamento deste auxílio.

Critérios:

- Ter renda pessoal de até um salário mínimo ou renda familiar de até três salários mínimos.
- Ter indicação médica, através de laudo fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, sobre a necessidade da instalação domiciliar do serviço de oxigenoterapia.
- Valor do benefício: R\$100,00.

Fonte: Elaborado por Ariana Siqueira Rossi Martins, baseado nos protocolos disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Franca (2015).

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista - Usuário

Data: _____

1. Identificação:

Nome do usuário: _____

Idade do usuário: _____ Sexo: () masculino () feminino

Nome do entrevistado: _____

Idade do entrevistado: _____ Sexo: () masculino () feminino

Parentesco com o usuário: _____

Endereço: _____

Fone: _____

2. Características gerais:

2.1 Situação de saúde e consciência:

() acamado/a () dependência total () dependência parcial

() consciente () não consciente

2.2 Uso dos serviços de saúde:

() plano de saúde () saúde pública () particular

3. Aspectos contextuais:

3.1 Como foi para a família receber o(a) Sr.(a) _____ na condição de acamado em casa? Como a família se organizou para ter o cuidado em casa?

3.2 A renda familiar é suficiente para obter os recursos?

4. Aspectos de acessibilidade:

4.1 No momento da alta hospitalar houve encaminhamento ou orientação para algum serviço de assistência domiciliar? Quem fez o encaminhamento? Como foi o acesso? Qual o percurso que realizou para ter acesso?

4.2. Há profissionais que acompanham o paciente em casa? Quais? Qual a frequência? Como você avalia este acompanhamento?

4.3 Dos profissionais que não compõe a equipe ou serviços que precisa e não obtém pelos serviços de saúde, teve acesso? Como?

4.4 Dos materiais para o cuidado do paciente como fez para ter acesso? Por quais profissionais e setores precisou passar?

5. Aspectos do cuidador:

5.1 Quem é o cuidador do(a) Sr.(a) _____? É contratado ou alguém da família? Sendo alguém da família, quais os pontos positivos e negativos considera por ele(a) ser cuidado(a) em casa? Quais as condições para manter este cuidador?

5.2 Sendo alguém da família, você recebeu algum treinamento ou suporte informativo sobre as melhores maneiras de cuidar o(a) Sr.(a) _____ em casa?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista – Gestores e entidades

Data: _____

1. Identificação:

Nome do entrevistado: _____

Órgão representado: _____

2. Aspectos gerais:

2.1 Desde quando está na gestão?

2.2 Quais setores e serviços você supervisiona?

3. Aspectos intersetoriais:

3.1 Qual a relação junto às políticas assistência/saúde? De que forma estas políticas trabalham em conjunto? Os recursos também são compartilhados?

4. Aspectos operacionais das políticas:

4.1 Quais são os protocolos de atendimento para obtenção de recursos materiais e humanos para as pessoas idosas acamadas em domicílio?

4.2 No sistema de atendimento à saúde, como os pacientes acamados são destinados para a família? Existe uma avaliação das condições familiares e estruturais, como também uma orientação para o cuidador da pessoa acamada?

4.3 Qual(s) os recursos disponíveis para as famílias? Qual o suporte profissional disponível para as famílias? Existe um acompanhamento dessas famílias?

5. Aspectos do cuidador e serviço de assistência domiciliar:

5.1 Quais as ações deste serviço para o atendimento no âmbito da assistência domiciliar?

5.2 Existe algum trabalho de suporte ao cuidador?

5.3 Existe algum subsídio financeiro para as famílias com pessoa acamada?



APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: _____
 DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: _____ SEXO: M () F ()
 ENDEREÇO: _____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
 CEP: _____ FONE: _____

Eu, _____
 declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: A intersectorialidade das políticas de saúde e de assistência social no sistema de atenção domiciliar em Franca/SP. O projeto de pesquisa será conduzido por Ariana Siqueira Rossi Martins, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, orientado pelo Prof (a). Dr(a) Neide Aparecida de Souza Lehfeld, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/C. Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de: Tese, observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. A pesquisa tem o objetivo de conhecer e analisar como as políticas de saúde e de assistência social trabalham juntas no atendimento à pessoas idosas acamadas para conseguirem os recursos necessários, tanto materiais como humanos (profissionais) para a manutenção da saúde. Os propósitos da pesquisa consistem em: conhecer e analisar as formas de trabalho das duas políticas na atenção domiciliar; conhecer e analisar os protocolos de atendimento (público e privado) para acesso aos recursos materiais e humanos para os cuidados domiciliares ao paciente acamado; conhecer e analisar os meios percorridos pelos usuários para acesso aos recursos materiais e humanos para os cuidados de pessoa idosa acamada. Os procedimentos serão por meio de entrevista aos usuários e dirigentes das políticas, como também, pesquisa dos protocolos de acesso. A pesquisa não proporciona risco ao atendimento, uma vez que a identidade do entrevistado não será revelada, como também, ela contribuirá para a análise de possíveis melhorias e propostas no atendimento à pessoa idosa acamada.

Fui esclarecido(a) sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, _____ de _____ de _____.

 Assinatura do participante

Pesquisador Responsável
 Nome: Ariana Siqueira Rossi Martins
 E-mail: ariana_rossi@yahoo.com.br

Orientador: Prof. (ª) Dr. (ª): Neide Aparecida de Souza Lehfeld
 Endereço: Av. Constâncio Romano, 2201 – Bloco A Reitoria - Ribeirânia
 Tel: 16 – 36036832
 E-mail: nlehfeld@unaerp.br

ANEXO

ANEXO A - Comprovante de avaliação do Comitê de Ética

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS - UNESP
- CAMPUS DE FRANCA

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO SISTEMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM
Pesquisador: Ariana Siqueira Rossi Martins
Versão: 1
CAAE: 22204014.7.0000.5408
Instituição Proponente:

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 004749/2014
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8724 **E-mail:** comiteetica@franca.unesp.br