

Intersetorialidade na política de saúde do idoso

Patrícia Krieger Grossi*
Lucimari Frankenberg Guilamelon**

Resumo – Este artigo versa sobre a intersetorialidade na política de saúde do idoso. Apresenta uma discussão referente à conceituação e à construção da intersetorialidade. Aborda a saúde do idoso nos aspectos conceituais, legais e no enfrentamento de problemas concretos.

Palavras-chave – Intersetorialidade. Política de saúde. Idoso.

Abstract – This article is about the intersectionality in the health policy of the elderly. It presents a discussion concerning the conceptualization and construction of intersectionality. It approaches elderly's health in conceptual and legal aspects and coping of concrete problems.

Key words – Intersectionality, health policy, elderly.

Introdução

A estrutura dos serviços de saúde vem sofrendo constantes mudanças no processo de gerir a atenção aos usuários. Um dos recursos disponíveis no eixo da atenção primária à saúde (APS) é a intersetorialidade, cuja potência confere aos profissionais da saúde novas possibilidades de prestar uma assistência mais integral e de forma resolutiva, incrementando novas visões paradigmáticas a esses profissionais. A promoção da saúde, centrada na qualidade de vida, passa, assim, a ser desenvolvida com a centralidade no usuário e no seu envolvimento ativo num processo de educação em saúde para o autocuidado.

A intersetorialidade incorre, portanto, em mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de saúde, como em todos os outros setores da sociedade, além da necessidade de revisão do processo de formação dos profissionais que atuam nessas áreas (Junqueira, 2000). Dessa

* Assistente Social. Profa. Dra. do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, PhD. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência – NEPEVI-FSS-PUCRS. Especialista em Gerontologia Social pela PUCRS. E-mail: pkgrossi@pucrs.br e pgrossi@terra.com.br.

** Graduada em Fisioterapia e Tecnologia em Radiologia; Pós-graduada em Gerontologia Social; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS. Integrante do NEPEVI.

forma, a equipe não deve ser mais entendida apenas como um conjunto de saberes que operam compartimentalizados, mas sim a partir de inter-relações que atuam em processos de trabalhos articulados entre si, passando-se a compreender que as inter-relações adquirem um caráter mais amplo, pois extrapolam o setor saúde e buscam novas parcerias com outras instituições em redes de atenção que auxiliem e garantam a eficácia na atenção à saúde dos usuários (Junqueira, 2000).

Intersetorialidade como eixo estruturante na atenção à saúde, muito se tem debatido acerca de novas propostas estruturantes para se obter melhor desempenho em relação à resolutividade das ações de saúde que são ofertadas à população. Diversos autores têm contribuído significativamente para aprimorar o sistema de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. As contribuições vão desde a própria organização do setor de saúde (Mendes, 2002) e sua interlocução com os outros setores da sociedade, até discussões sobre o modo de assistir as pessoas, seja pela prática individual ou coletiva, ou mesmo, nas inter-relações que são estabelecidas entre os profissionais responsáveis pela atenção à saúde (Campos, 2000).

A possibilidade de mudanças é permeada por transformações no eixo filosófico que tem direcionado os sistemas de serviço de saúde, da concepção mecanicista de atenção, conhecida como modelo biomédico, para um referencial amplamente conhecido, a APS.

1 **Saúde do idoso**

A população brasileira tem se ampliado rapidamente, sendo a faixa etária a partir dos 60 anos de idade a que mais cresce. Segundo Haddad (2000), esse crescimento decorre da redução do grupo etário jovem, em consequência da queda da fecundidade das mulheres. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base no Censo 2000, os idosos constituem 14,5 milhões de pessoas, 8,6% da população total do país, o que retrata a emergência de garantias políticas que atendam a esta demanda que se amplia a cada ano.

O Instituto considera idosas as pessoas acima de 60 anos, sendo que o Benefício de Prestação Continuada somente é concedido para aqueles com mais de 65 anos. Em uma década, o número de velhos no Brasil cresceu 17% (em 1991, correspondia a 7,3% da população). A população brasileira vive, hoje, em média, 68,6 anos. Estima-se que, em 2020, a população com

mais de 60 anos no país deva chegar a 30 milhões de pessoas (13%) do total, e a esperança de vida chegue a 70,3 anos.

O idoso brasileiro de hoje não conta e, ao longo da vida, não contou, com um sistema de atenção voltado para a promoção de um envelhecimento bem sucedido. Isso se reflete na persistência das doenças infecciosas e na ocorrência de agudização de doenças crônicas ainda não controladas. Com isso, o custo da atenção ao idoso é de alto nível de atenção terciária (número e tempo de internação) e faltam ações específicas na atenção primária à saúde. Para Starfield (2002), a atenção primária prevê a resolutividade das necessidades de saúde, que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual através da promoção de saúde, prevenção de doenças e educação continuada.

A Constituição de 1988 redefiniu o modelo de proteção social, adotando o conceito de Seguridade Social, integrada pelo conjunto das ações referentes à saúde, previdência e assistência social, representando um avanço na vida dos idosos (Couto, 2004).

A Política Nacional do Idoso (artigo 1º) tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Lei nº 8.842/94 prevê ações governamentais nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer. Entretanto, essa legislação não tem sido eficientemente aplicada, contribuindo para isto, dentre outros fatores, as contradições dos próprios textos legais, o desconhecimento do seu conteúdo e a tradição centralizadora e segmentadora das políticas públicas, acarretando a superposição desarticulada de programas e projetos voltados para um mesmo público.

A área de amparo ao idoso é um dos exemplos importantes, que requer a intersectorialidade na ação pública, para que os projetos implantados sejam articulados pelos órgãos de educação, de assistência e, primordialmente, de saúde.

No que diz respeito à saúde, é dever do Estado garantir o direito a todos, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Art. 196, CF 1988). No Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto contínuo e articulado das ações e

serviços, para a prevenção, proteção, recuperação e promoção da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam especialmente esse segmento da população (Vogt, 2005).

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde objetiva estabelecer, no território nacional, uma rede pública regionalizada e hierarquizada, de acordo com os princípios constitucionais de universalização, integralidade da atenção, participação social, descentralização e igualdade no direito de acesso de todos cidadãos às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade. A rede privada pode participar de forma complementar do SUS, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. A atividade privada é livre, apesar de submetida à regulação, fiscalização e controle do Estado, uma vez que as ações e serviços de saúde são considerados como de relevância pública pelo texto constitucional.

A garantia de saúde para todos, preconizada na Constituição Federal de 1988, está diretamente relacionada à implantação e implementação do SUS e ao cumprimento de seus princípios e diretrizes por todos profissionais e órgãos envolvidos.

Quando nos reportamos ao direito à saúde, é essencial que entendamos o conceito de saúde. O significado de saúde vem sofrendo alterações, principalmente no modelo de saúde adotado, passando do hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, para um assistencial, promotor da saúde, preventivo e com a participação popular e de diferentes profissionais da saúde. Assim, entende-se por saúde não o avesso da doença, mas como equilíbrio do ser humano.

O conceito de saúde numa visão mais plena, incorpora questões pertinentes à qualidade de vida, qualidade ambiental, nutrição, saneamento, prevenção, etc. Assim, para melhor atender a saúde do idoso, urge a necessidade de uma nova articulação, combinada à atenção primária de saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. As necessidades dos grupos de idosos passam a ser articuladas na busca de soluções intersetoriais, fato que remonta a entender a população como sujeito e não como objeto de intervenção; ampliando os direitos dos cidadãos a uma vida com melhor qualidade.

2 Intersetorialidade

2.1 Aspectos conceituais

A intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. Ela corresponde a uma nova forma de governar, de trabalhar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Para Mendes (2002), a intersectorialidade pode ser definida como um dos elementos centrais para a operacionalização da APS (Atenção Primária à Saúde) nos serviços de saúde, compreendendo a capacidade de articular os vários setores presentes tanto no nível mais operacional, local onde as ações são ofertadas à população, como nos níveis regional e central, com uma dimensão mais voltada ao planejamento e com potencialidade de articular setores fundamentais que podem desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde.

Segundo Japiassu (1996), a intersectorialidade perpassa um simples conceito para ser uma prática social que vem sendo construída a partir da existência de profundas insatisfações em pelo menos dois campos da modernidade: no campo filosófico e no campo da prática.

No campo filosófico, ocorre um questionamento do lugar e da possibilidade de ação que o mundo confere às pessoas. Existe uma busca do resgate da subjetividade, da possibilidade de ser sujeito, ser solidário e de participar da construção do mundo e do futuro (Japiassu, 1996).

No campo da prática, ocorre uma insatisfação com a capacidade de resposta que a organização social tradicional, setorial, propicia em relação aos problemas complexos de nosso mundo. A crítica à fragmentação produzida pela racionalidade cientificista, predominante na maneira de pensar e organizar o mundo, persiste no tempo. No entanto, as evidências de esgotamento desse paradigma têm sido cada vez maiores. Essa crítica, atualmente, tem maior capacidade de estimular alternativas porque o mundo encontra-se em transformação permanente, produzindo problemas e situações novos que o conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade para explicar e resolver (Akerman, 1998). Este fato é visível na população idosa, que exige um tratamento concomitante de aspectos individuais e coletivos, subjetivos e objetivos, de condições de educação, de vida, de capacidade de ação e de possibilidades de expressão, de

rompimento da exclusão e de mudança de significado da inclusão. No mundo atual, não cabe resolver uma situação isolada e ir somando soluções para resolvê-la, mas promover uma interação entre as partes e desta forma conferir maior integridade, equidade e dignidade ao cuidado de saúde do velho.

A intersectorialidade está relacionada à prática, ao enfrentamento de problemas reais. Ela é uma nova prática social, reconstruída a partir da reflexão e do exercício democrático.

2.2 Construção da intersectorialidade

A ação intersectorial não é um processo espontâneo, mas é um processo organizado e coletivo. Ela depende de uma ação deliberada, que pressupõe o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociar e de trabalhar os conflitos para chegar às ações com maior potência. As ações que não necessariamente implicam a resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas que implicam a acumulação de forças, a construção de sujeitos, a descoberta da possibilidade de agir (Campos, 2000).

A intersectorialidade como processo permite uma articulação de diferentes setores sociais e a descoberta de caminhos para a ação, podendo transformar-se numa construção coletiva de um novo modo de estar no mundo. Essa capacidade de reconhecer o lugar do outro, compartilhar, de ser tolerante, de articular fragmentações é, em si mesma, um ganho fundamental e é capaz de alimentar a vontade de seguir participando de muitas das pessoas e coletivos.

A intersectorialidade envolve também a expectativa de maior capacidade de resolver situações, de efetividade e de eficácia, pois, em todas as experiências, reconhece-se que ela se constrói sobre a necessidade de as pessoas e setores saberem enfrentar problemas concretos. As questões concretas são as responsáveis por mobilizarem as pessoas, criarem espaço possível de interação e de ação. Assim, apesar de o processo ser em si importante, é fundamental também que se produzam resultados parciais, palpáveis, perceptíveis para retroalimentar pessoas e setores participantes (Organização Panamericana de Saúde, 2005).

Para desencadear uma atuação intersectorial, é necessário que o objeto da ação proposto seja uma questão que de fato mobilize e diga respeito a muitos outros setores, muito embora

alguns dos resultados concretos da ação intersetorial possam ser medidos através de indicadores de saúde. O que define a possibilidade de ação intersetorial é o tema como, por exemplo, qualidade de vida, violência, exclusão social, longevidade, etc.

Muitas das iniciativas intersetoriais têm partido ou contam com uma participação ativa importante dos atores oriundos do setor saúde. A compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a percepção muito clara do impacto de ações não especificamente setoriais sobre a saúde, por exemplo, urbanização, saneamento básico, etc., e da impotência setorial diante de certos problemas como a morbidade e mortalidade por causas externas, fazem com que o setor saúde esteja mais mobilizado em propor a ação e a articulação intersetorial.

Um outro elemento que muitas vezes contribui para que a saúde provoque mais enfaticamente as articulações intersetoriais é a constatação cotidiana dos limites do setor para enfrentar os problemas de saúde, como também o acúmulo do setor desde a base e na esfera municipal, tendo em vista a história do processo de Reforma Sanitária Brasileira, a constituição e funcionamento dos Conselhos e a presença ativa de múltiplos atores “da base” na definição das políticas de saúde, que são exemplos dessa hipótese. Há, no entanto, muito o que avançar em todos esses aspectos dentro da própria saúde e de sua articulação com os demais setores.

Considerações finais

Estamos vivendo um momento de transição em que se procura estruturar os serviços de saúde de acordo com princípios que auxiliem na direção de um modelo de atenção que seja mais equânime, buscando dividir, com os outros setores que mantêm relações com o setor saúde, a atenção e as responsabilidades pelas mudanças necessárias. A reorganização implica não somente mudança de atenção, mas também reorientação da formação dos profissionais de saúde e dos demais setores que contemple uma abordagem sistêmica em que as partes são estudadas profundamente em suas interações.

Nenhum setor da sociedade consegue resolver sozinho todos os problemas e é por isso que propostas que tomam o eixo da intersetorialidade tem surgido como alternativas para a resolução dos problemas das populações.

Discutir intersectorialidade é muito mais amplo que as relações interdisciplinares ou dentro dos níveis de atenção, equívoco plausível quando a relação do trabalho em saúde segundo o modelo fragmentado ainda presente na organização dos serviços de saúde. Os serviços fragmentados configuram-se por uma atenção descontinuada, havendo, com frequência, uma forte polarização entre um ou outro ponto de atenção, em especial, pela ausência de integração e ineficiência de comunicação intersectorial e entre os demais setores sociais.

Assim, fica contundente o problema da fragmentação dos serviços de saúde e dos setores da sociedade, demonstrando claramente a falta de organização dos mesmos, atuando sem uma política mais abrangente que preconize uma integração entre os vários setores. A falta de integração dos setores dificulta o alcance da intersectorialidade.

Existe uma insatisfação presente no cotidiano dos profissionais de saúde em relação à atenção prestada aos cidadãos, pois há percepção de que não se dá conta de tudo, e que muitas vezes, não se conclui a atenção satisfatoriamente, ou seja, a resposta que se dá aos problemas nem sempre é a melhor, nem sempre é integral. Nesse sentido, a construção de um projeto mais amplo, mais efetivo e que possa agregar setores distintos e saberes específicos, é sem dúvida mais coerente do que o trabalho parcelar ou isolado.

Ação intersectorial demanda da área da saúde não somente iniciativas, mas, sobretudo, receptividade. A prática das articulações entre setores deve ser permeada por um pensamento e uma coordenação intersectorial para operar projetos intersectoriais. E, sem dúvida, a intersectorialidade é uma inovação para a assistência à saúde, em especial do idoso.

Referências

AKERMAN, M. A construção de Indicadores Compostos para os Projetos de Cidades Saudáveis: Um convite para um pacto trans-setorial. In: MENDES, E. V. *A organização da saúde em nível local*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

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

———. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1983. Lei Orgânica da Assistência Social, Legislação Suplementar. 2. ed. Brasília: MPAS, SEAS, ago. 2001.

———. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741/2003. Brasília: Senado Federal, 2004.

CAMPOS, G. W. S. *Uma análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000

COUTO, Berenice R. *O direito social e a assistência social na sociedade brasileira; uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2004.

HADDAD, Eneida G. M. *Políticas sociais setoriais e por segmento idoso. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 3 – Brasília: UNB, 2000.*

JAPIASSU, H. *A crise da razão e do saber objeto.* São Paulo: Letras & Letras, 1996.

JUNQUEIRA, L. ^a P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Adm. Pública*, n. esp., 2000.

MENDES, E. V. *Atenção primária a saúde no SUS.* Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Brasil: o perfil do sistema de serviços de saúde.* Disponível em: <<http://www.lachsr.org/documents/healthsystemprofileobrazil-EM.pdf.htm>>. Acesso em: 01 dez. 2005.

VOGT, Carlos. *A política nacional do idoso: um Brasil para todas as idades.* Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm>>. Acesso em: 26 out. 2005.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília; Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

Obras consultadas

BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, 2004.

HADDAD, Eneida G. M. *Idosos: do assistencialismo ao direito. Inscrita.* São Paulo: Cortez, 1993.

IAMAMOTO, Marilda V. *A questão social no capitalismo. Temporalis*, Brasília, ABEPSS, 2001.

YAZBEK, Maria C. *Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. Temporalis*, Brasília, ABEPSS, 2001.