



# 5º Encontro Internacional de Política Social 12º Encontro Nacional de Política Social

Tema: "Restauração conservadora e novas resistências"

Vitória (ES, Brasil), 5 a 8 de junho de 2017

Eixo: Direitos geracionais.

## Estratégia intersetorial, saúde e velhice

Patricia Barreto Cavalcanti<sup>1</sup>  
Ana Paula Rocha de Sales Miranda<sup>2</sup>

**Resumo:** Este trabalho é fruto de pesquisa realizada no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social da UFPB em 2016. O objetivo premente desta análise é levantar subsídios acerca da importância das ações intersetoriais nos programas de proteção social à velhice, tendo em vista a natureza que o processo de envelhecimento impõe, principalmente no que se refere à assistência à saúde. Para tanto, coloca-se em análise a Política Nacional do Idoso e dentro desta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, enquanto políticas que deveriam estabelecer em suas implementações um diálogo gerencial mais próximo com as políticas de corte social, mediante desenvolvimento da intersetorialidade e territorialização.

**Palavras-chave:** Proteção Social; Velhice; Intersetorialidade.

## Intersetorial Strategy, Health and Oldness

**Abstract:** This work is fruit of research carried through in the Sector of Studies and Research in Health and Social Service of the UFPB in 2016. The pressing objective of this analysis is to raise subsidies concerning the importance of intersectoral actions in social protection programs for oldness, in view the nature that the aging process imposes, mainly with respect to health care. In such a way, the National Policy of the Elderly and of this is placed inside in analysis the National Policy on the Elderly's Health, as policies that should establish in their implementations a closer managerial dialogue with social-cutting policies, through the development of intersectoriality and territorialisation.

**Keywords:** Social Protection; Oldness; Intersectoriality.

## Introdução

Ainda que venha ocorrendo e um ritmo célere e sem precedentes, o processo de envelhecimento da população mundial é considerado um fenômeno recente na história e vem acompanhado de transformações significativas no âmbito biológico, social, político, econômico, comportamental e demográfico (BERZINS, 2003). O Brasil, por exemplo, está sendo surpreendido por uma *revolução demográfica* e deve ocupar o sexto lugar no ranking mundial de países com maior número de idosos, segundo projeções demográficas para 2020, totalizando 15% da população brasileira. Esse crescimento explica-se demograficamente pela diminuição das taxas de mortalidade, e pela drástica redução nas taxas de fecundidade, especialmente nos centros urbanos, conseqüentemente alterando a estrutura etária da

<sup>1</sup> Doutora em Serviço Social-PUC/SP professora Titular do Departamento de Serviço Social da UFPB. Email: <patriciabcaval@gmail.com>

<sup>2</sup> Doutora em Serviço Social-PUC/SP. professora Adjunto III do Departamento de Serviço Social Email: <aprmiranda2@gmail.com>

população brasileira e fazendo com que o país que outrora ostentava o slogan de *País Jovem*, assumia gradativamente um perfil diferenciado.

A partir destas considerações, o presente artigo versa sobre a questão da importância das ações intersetoriais nos programas de proteção social à velhice e resulta de pesquisa bibliográfica e documental, seguindo os parâmetros que comportam o processo da leitura reflexiva, baseada no método dialético, que privilegia uma reflexão crítica e totalizante.

## **Desenvolvimento**

A questão do envelhecimento vem se configurando numa das principais expressões da “questão social” em função dos níveis históricos de desigualdades e padrões de exclusões que o Brasil apresenta, sem que, no entanto, o Estado desenvolva mecanismos de enfrentamento compatíveis ao que a realidade social apresenta. Um dos principais problemas no rol de desigualdades é justamente a falta de acesso qualificado que os idosos vivenciam junto aos serviços públicos de saúde. Deste modo, atentamos para o fato de que há uma urgência no sentido de privilegiar os idosos não apenas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), mas em toda rede de proteção social tendo em vista a ligação sistemática entre a Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e as demais políticas que compõem a seguridade social brasileira.

O avanço do modelo neoliberal de Estado tem provocado em nível mundial, inúmeras transformações nos mais variados setores da sociedade. O padrão neoliberal além de reduzir o papel do Estado (Estado Mínimo) no enfrentamento das expressões da “questão social” via políticas sociais, vem modificando as relações inter-classes, provocando aumento da heterogeneização e atomização das classes trabalhadoras, da competitividade, regressão dos direitos sociais e retrocesso da ação sindical, ruptura do compromisso social entre as classes capitalistas e os trabalhadores, complexificação da sociedade com pluralismo de sujeitos e relações políticas (PASTORINI, 2007).

Assim é que a adoção deste padrão de regulação vem intensificando o encolhimento da ação reguladora do Estado na esfera do social e, por conseguinte, ocasionando o desmonte gradual das políticas sociais, que agregado ao alto índice de desemprego mundial, tem provocado um processo de “exclusão” social a níveis alarmantes, expondo contingentes progressivos de pessoas à vulnerabilização. No caso brasileiro, este desmonte das políticas sociais tem recaído principalmente sobre as condições básicas da população brasileira, tais

como educação, saúde, Previdência Social e serviços assistenciais em geral, demonstrando com isso a clara opção político-econômica e ideológica adotada.

Assim, hoje, vinte e seis anos após a promulgação da Constituição de 1988, o SUS brasileiro é permeado por vários impasses do ponto de vista político-estrutural, face à adoção da perspectiva neoliberal no trato das políticas sociais nacionais, a partir do início dos anos 1990. Estudos acerca desta problemática têm sido profícuos no âmbito da produção do conhecimento, analisando principalmente a complexidade de demandas que o processo de democratização da saúde pública brasileira vem gerando através do SUS.

Tal fato é compreensível, já que nos primeiros anos de conformação do SUS, a formalização das estruturas administrativas do novo sistema provocou mudanças profundas nas formas de gestão e diluição do poder, processos que concentraram os interesses dos pesquisadores da área. Em contraponto, os problemas singulares que emergem no cotidiano institucional desses serviços, a exemplo da saúde dos idosos, têm despertado apenas recentemente o interesse investigativo. Por outro lado, vale destacar que dentre as questões que circundam o envelhecimento, a saúde ocupa um lugar estratégico devido o seu forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos, sendo alvo de estigmas e preconceitos reproduzidos socialmente em relação à velhice (ASSIS, 2004). Isso se deve além das perdas sistemáticas de algumas capacidades físicas, intelectuais, econômicas e sociais, às doenças crônicas, comuns nessa fase da vida que acometem boa parte dos idosos, as quais são classificadas dentre os principais agravantes na perda dessa qualidade de vida, e por vezes na perda da autonomia e independência funcional dos mesmos (MELO *et al*, 2009).

Destarte, se fez mister a formulação de políticas sociais de atenção ao idoso com diretrizes que reforçassem os princípios da própria política de saúde, como a equidade e universalidade, baseadas também na promoção da saúde, fato que ocorreu no Brasil, seguindo orientações internacionais, entre as quais destacamos nesta análise: a Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Estatuto do Idosos que, juntos, representam um verdadeiro avanço na conquista de direitos, embora só possam contribuir significativamente na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos a que se destinam quando forem realmente integrados às demais políticas de proteção social, que a nosso ver, só poderá se concretizar por meio da adoção da intersetorialidade como mecanismo potencializador da efetividade destas políticas.

É no cenário contraditório da década de 1990 que se inicia um grande avanço na formulação das políticas de atenção ao idoso: a promulgação da Lei de nº 8.842 em 04 de janeiro de 1994, denominada de Política Nacional do Idoso (PNI). Através dela que, pela primeira vez, delegou-se como dever da família, do Estado e da sociedade, o amparo às pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, e defendendo sua dignidade, seu bem-estar e a garantia de seu direito à vida.

Em 1999, foi elaborada uma parte essencial da PNI, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) – Portaria nº 1.395/1999 (BRASIL, 1999) –, cujo propósito basilar consistia na promoção do envelhecimento saudável, na manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, como também na prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem e na reabilitação dos idosos cuja capacidade funcional fosse restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, e o exercício independente de suas funções na sociedade.

A PNSI foi revogada pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), reeditando alguns princípios já existentes e acrescentando outros (BRASIL, 2006a). Um dos grandes diferenciais da PNSPI é a orientação dos serviços públicos de saúde em identificar o nível de dependência do idoso, conferindo acompanhamento diferenciado para cada situação, garantindo-lhe o atendimento através do SUS. Finalmente, tivemos a criação do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. O Estatuto, juntamente com a PNI e a PNSPI, compõe o arcabouço jurídico de proteção brasileiro relativo ao idoso<sup>1</sup>, contribuindo para o fortalecimento da atenção voltada para este segmento.

No entanto, não obstante colocar em visibilidade as demandas de saúde da população idosa brasileira, tal política não apresentou avanços no que concerne a possibilitar a priorização dos programas de saúde voltados aos idosos dependentes, mesmo previstos nos instrumentos supracitados, que invariavelmente apresentam algum comprometimento de ordem biopsicossocial, já que a velhice incorpora um leque de doenças crônicas. Todavia, o que vem se observando é a implementação de ações articuladas à atenção primária em contraponto aos cuidados que exigem um maior grau de complexidade na rede de saúde, quais sejam: as ações que envolvem a média e alta complexidades no contexto do SUS. Tal situação

---

<sup>1</sup> É válido destacarmos a Lei Nº 8.742 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) criada em 1993, que dispõe sobre benefícios a que o idoso tem direito, a exemplo da aposentadoria e do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

pode ser comprovada entre as ações estratégicas do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b) no que tange à saúde do idoso como prioridade.

Com base nessas prerrogativas o princípio da equidade teria que ser acionado como componente fundante dos planejamentos em saúde ao que Veras (2004) denomina de frugalidade necessária em se tratando da assistência à saúde dos idosos. Impõe-se a necessidade de incentivar as práticas de formulação e gerência das políticas públicas voltadas para o envelhecimento tendo como escopo a discriminação positiva, ou seja, a equidade como princípio maior de garantia da justiça sanitária.

No entanto, um paradoxo estrutural se coloca a partir da contraposição equidade/regressão dos direitos sociais levando-nos a questionarmos: como construir ações equânimes se as políticas de proteção social brasileira (especialmente a de saúde) vêm se estruturando de forma seletiva e com inúmeras condicionalidades? Como promover a equidade no atendimento a segmentos ultra vulneráveis (como o dos idosos) num contexto de gestão de políticas públicas caracterizado por iniquidades, seja a partir da base de financiamento, seja pela insuficiência de recursos humanos capacitados? Agregados a estes dilemas é importante assinalarmos que a própria configuração da Política Nacional do Idoso – núcleo a partir do que se origina a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) – expressa estes antagonismos quando ela própria guarda uma dependência intrínseca com as políticas que compõem a seguridade social brasileira. Nesta perspectiva, não é possível refletir o cuidado em saúde no setor público, parametrado pela equidade sem que nosso olhar paire sobre o eixo fundamental de prestação de cuidados junto ao idoso brasileiro, ou seja, a Política Nacional do Idoso (PNI).

Apesar de sua inegável importância e de sua promulgação ser resultado da ação de sujeitos coletivos, a operacionalização da PNI é atravessada por características ainda presentes nas políticas sociais brasileiras – fragmentação, setorialização, centralização, com ausência de monitoramento e avaliação, caráter paliativo, baixo controle social, inexistência do controle público (DEGENSZAJN, 2008), descontinuidade/irregularidade, fora da lógica redistributiva e se abordar os condicionantes que geraram a expressão da “questão social” para a qual a política social foi criada –. Assim é que os avanços práticos da PNI são pífios no que concerne à efetiva proteção social dos idosos, e, em termos ideológicos, não conseguiu enfrentar e dirimir preconceitos e concepções equivocadas que cercam o idoso e o envelhecimento.

A Política Nacional do Idoso guarda inúmeras peculiaridades já que é uma política atravessada fundamentalmente pelas políticas que encerram a seguridade social brasileira, quais sejam: saúde, previdência e assistência social. Portanto, analisar a PNI pressupõe refletir sobre os avanços e os recuos que tais políticas vêm sofrendo, bem como observar nomeadamente sua organização, estabelecida em níveis de complexidade conjuminados aos níveis de complexidade das políticas de saúde e assistência social e o quão tais políticas não prescindem a introdução da discriminação positiva – equidade horizontal e vertical – como princípio básico de implementação. Ancoradas no avanço de garantias de direitos verificado na Constituição de 1988, as políticas que compõem a seguridade social, notadamente a saúde, experimentaram inovações em termos de gestão com a estratégia da descentralização, organização dos serviços e participação da sociedade civil com a criação dos fóruns de controle social.

No que se refere às políticas que compõem a Seguridade Social brasileira, na Assistência Social, a inclusão da perspectiva da seguridade social como parâmetro para se pensar a proteção social resultou em avanços legal-formais consideráveis, tendo como resultado a construção anos mais tarde da perspectiva de política pública com a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Contudo, tais avanços não foram acompanhados de financiamento compatível, o que evidenciou na década de 1990 a fragilidade do escopo em que se ancoravam as garantias obtidas em 1988 e a mudança de rota adotada pelos governos desde os anos 1990 no sentido de focalizar e selecionar suas respostas aos mais vulnerabilizados. No âmbito da Previdência Social brasileira as reformas operadas no lastro da reforma gerencial do Estado na década de 1990 também, por conseguinte, causaram impactos negativos na gestão da PNI. No que tange à saúde, a ênfase permanece na Atenção Primária e cada vez mais na responsabilização das famílias, sem o necessário acompanhamento qualitativo e quantitativo destes cuidados informais.

A Política Nacional do Idoso detém em seu arcabouço um conjunto de ações governamentais que prevê um suporte para que sejam assegurados os direitos sociais dos idosos, considerando que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas” (CAMARANO, 2004, p. 269), daí a referência à proteção de idosos em todas as políticas que compõem a Seguridade Social.

Assim sendo, a PNI é transversal a tais políticas, sendo de fácil identificação tal transversalidade quando no capítulo das “Ações Governamentais” são explicitadas

competências tanto nas referidas políticas e suas áreas, quanto nas áreas de educação, habitação e urbanismo, cultura, esporte e lazer. Do mesmo modo, sofre indubitavelmente os reflexos dessas políticas e das conjunturas que as inflexionam, justamente por essa interdependência na prestação dos serviços. Essa relação sistemática se expressa logicamente pela questão estrutural que circunda a proteção social brasileira em sua totalidade, mas no caso específico do segmento idoso, outros fatores devem ser levados em consideração. A esse respeito Pereira adverte que:

“Torna-se, portanto, urgente pensar num perfil de políticas sociais que, a despeito das limitações impostas pelo modelo socioeconômico dominante, se baseie nas análises (Juaréz, 1998): Das condições de vida dos idosos, detectando mudanças nos planos pessoal e social; Das situações específicas de pobreza, mal-estar e marginalização a que muitos idosos estão submetidos; Dos fatores políticos, sociais, econômicos e culturais que influenciam as condições de vida dos idosos, com vista à revisão das políticas sociais vigentes e à proposição de outras novas; Das convergências e divergências dos esquemas de políticas sociais nacionais com os de outros países para, por meio da comparação e do contraste, retirar lições positivas”. (2005, p. 8)

À visão de Pereira (2005), acrescentamos que tal pretensão perfil de políticas de corte social – como a saúde – deve considerar o pluralismo moral inerente à contemporaneidade, que expressa o impasse entre a justiça entendida como igualdade de acesso indiscriminada para toda a sociedade civil, que defende a saúde como um direito universal e a justiça como equidade que indica que em casos de disputa se deve lançar mão da assertiva de tratar de modo desigual os desiguais. Tal necessidade insurge como vital em se tratando das ações de saúde voltadas para os idosos, já que a velhice incorpora um vasto leque de demandas (no escopo da previdência, assistência social e habitação), sendo a mais frequente, a demanda em saúde, notadamente vinculada ao tratamento, à reabilitação e à cura de patologias crônicas próprias do processo de envelhecimento.

A esse respeito autores como Veras (2009), Minayo, Hartz e Buss (2000), Camarano e El Ghaouri (1999) têm provocado o debate acerca da problemática do cuidado em saúde, assinalando o despreparo da sociedade brasileira, sobretudo, a falta de aparato estatal via políticas públicas no enfrentamento dessa questão, basicamente subsumida à responsabilização das famílias. Particularmente tais autores sinalizam a defasagem entre os serviços públicos de saúde e a realidade epidemiológica que o segmento idoso sugere atualmente e que tende a se ampliar.

Além da PNSI (1999) e da PNSPI (2006), no intuito de reduzir os distanciamentos entre as necessidades de saúde dos idosos e o aparato legal na saúde, algumas legislações

foram criadas ao longo dos anos no Brasil, entre as quais citamos: Lei nº 8.926/1944 (torna obrigatória a inclusão de advertências e recomendações nas bulas de medicamentos, referentes ao uso adequado por pessoas maiores de 65 anos); Lei Complementar 10.003/1998 (institui Programa Estadual de Vacinação da Terceira Idade); Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153/1999 (cria o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos), a Portaria GM/MS nº 702/2002 (propõe organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso); a Portaria/GM nº 399/2006 (apresenta as “Diretrizes do Pacto pela Saúde” que contempla as dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, e incluiu a “Saúde do Idoso” em suas prioridades no “Pacto pela Vida”), da qual deriva o documento “Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento” (BARCELOS, 2006; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2010).

Neste último documento, são definidas como ações estratégicas da área técnica “Saúde do Idoso” – vinculadas às diretrizes da PNSPI –: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Curso de Gestão em Envelhecimento; Oficinas Estaduais de Prevenção de Osteoporose, Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas; Ações desenvolvidas ou em desenvolvimento em parceria com outras áreas (acolhimento, assistência farmacêutica, atenção domiciliar, imunização, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS).

Pelo que foi supracitado, à exceção da Atenção Domiciliar e do Acolhimento (ambos ainda pouco empreendidos em termos quantitativos), destacamos que o cariz das ações governamentais recai sobre uma população cujo envelhecimento se enquadre na modalidade “ativo e saudável”, com ênfase na manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, sendo ainda bastante incipientes as ações destinadas ao cuidado formal e informal de idosos que possuem dificuldades funcionais associadas ao processo de envelhecimento e que são as que exigem maiores recursos dos familiares, o que se torna mais delicado em períodos de crise como hodiernamente vivenciamos.

Sobre a incidência de idosos com doenças crônicas, Sousa assevera:

“[...] com o avançar da idade nos tornamos mais propensos a desenvolver doenças crônicas. Em parte por alterações orgânicas próprias do envelhecimento, mas principalmente por hábitos inadequados que, durante toda a vida, prejudicam nossos determinantes básicos da saúde.” (2005, p. 45)

Ao reconhecermos a diminuição progressiva da capacidade e das reservas funcionais que aumenta a suscetibilidade a problemas de saúde (MAIA *et al*, 2006), cremos que o modo

como as políticas de atenção ao idoso são pensadas e elaboradas tendem a retificar lacunas históricas, buscando desenvolver sua melhor qualidade de vida ou a ratificar estigmas que os associam quase exclusivamente à improdutividade e à dificuldade de convivência. Neste sentido, Oliveira (2002, p. 44) assevera: “A sociedade coloca o velho numa situação típica de marginalização social, na proporção em que ergue contra ele inúmeras barreiras sociais e desenvolve atitudes de preconceito e discriminação social”.

Não obstante as situações de marginalização social, Venturi (2007, p. 22) afirma que “[...] sem deixarem de ser críticos sobre as dificuldades específicas que enfrentam, decorrentes da idade, os idosos brasileiros valorizam mais que os não idosos aspectos positivos de sua condição [...] e denunciam o forte preconceito social e a discriminação” a que são submetidos.

A despeito do que sinalizamos anteriormente, apesar do crescente número de idosos que integram a população brasileira, persiste um alto grau de inacessibilidade e descumprimento dos direitos sociais que os mesmos possuem constitucionalmente, dentre estes o direito à saúde. Tal contexto nos leva a refletir sobre a situação do envelhecimento no país a partir de duas vias: os instrumentos de formulação e implementação das políticas setoriais que atravessam e dão suporte à PNI – particularmente o mecanismo da intersetorialidade – e a notória inacessibilidade que a maioria dos idosos enfrentam quando tentam acessar os direitos sociais que foram garantidos através do Estatuto do Idoso.

Em relação à intersetorialidade, a proposta da “Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento” prevê o “estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção” (BRASIL, 2010, p. 24), mediante ações específicas nas áreas da educação, Previdência Social, do trabalho e emprego, do desenvolvimento urbano, dos transportes, da justiça e dos direitos humanos, do esporte e lazer, da ciência e tecnologia, e no Sistema Único de Assistência Social, dentre as quais boa parte reside em ações educativas, desenvolvimento de pesquisas, promoção e defesa dos direitos dos idosos, que, embora relevantes, não são acompanhadas por determinações específicas para sua concretização.

Cabe-nos destacar que nas “Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” (BRASIL, 2006b) há referência contínua ao respeito às diferenças loco-regionais, com desenvolvimento de mecanismos de cogestão e planejamento regional, mediante ênfase na regionalização de modo a “garantir o direito à saúde, reduzir

desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade” (BRASIL, 2006b, p. 19) o que tenta aproximar a questão dos direitos à territorialidade e aos sujeitos.

Sobre a perspectiva de território e territorialidade, Degenszajn aponta que:

“Novas e redobradas demandas sociais são direcionadas às políticas pública, e é nesse contexto que a dimensão local passa a ser revalorizada, na perspectiva de ampliação da participação de novos sujeitos nos processos decisórios e a experimentação de novos formatos e desenhos das políticas e programas sociais. Trata-se de uma perspectiva que pretende superar o padrão tradicional de desempenho das políticas sociais e da intervenção estatal [...]” (2008, p. 210)

No âmbito da proteção social, a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da PNI ficam a cargo do Conselho Nacional de Seguridade Social e dos Conselhos Setoriais, uma vez respeitadas as respectivas esferas de atribuições administrativas, além do Plano de Ação Governamental, estabelecido em 1994 através da Lei 8.842/1994 (PNI) que criou normas para garantir os direitos sociais dos idosos, assegurando a autonomia, integração e participação efetiva destes como instrumento de cidadania (MOREIRA, 1998).

Em tese, sua organização se estabelece em níveis de complexidade sistêmicos aos níveis de complexidade das políticas de saúde e assistência. Ferreira (2003) adverte que esse traço coloca um desafio duplo para a PNI, pois apesar da existência de consenso acerca da necessidade de uso da estratégia da intersetorialidade por parte dos atores sociais que participam da formulação da política, persistem vários entraves no entorno de sua execução, seja pela pressão de grupos de interesses opostos aos princípios da PNI, seja pela falta de estrutura das demais políticas públicas e o excesso da burocracia pública, com as quais a PNI deveria dialogar para obter efetividade (SCHUTZ; MIOTO, 2010; JUNQUEIRA, 2000).

Ao tempo em que a PNI possui tais características, a PNSPI as apresenta de modo mais visível, revestida tanto das singularidades que a proteção social pública ao idoso carrega, quanto das peculiaridades que a política de saúde produziu nos anos de implementação do SUS que em seu princípio maior – a universalidade – assegura que nenhum indivíduo deve estar fora dos níveis de atendimento possibilitando acesso igualitário de acordo com as necessidades demandadas. Cabe agregar ainda, os princípios constitucionais relativos ao acesso integral e equânime na prestação dos cuidados em saúde, sejam aqueles de proteção, promoção ou de recuperação em saúde, daí que em Brasil (2006b, p. 19), a intersetorialidade a partir da regionalização tem como fundamento “assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais do acesso, equidade e integralidade”.

Segundo a PNI, cabe, ao setor saúde, prover o acesso dos idosos aos serviços de saúde e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento

de normas específicas para tal; e o desenvolvimento da cooperação – diálogo intersetorial – entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia. Notadamente, a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas são apontadas como as principais finalidades da PNSPI, e, para alcançar tal fim, a política direciona as medidas coletivas e individuais de saúde, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, também define que a atenção à saúde da população idosa terá por referência a Atenção Básica (AB) a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que a ESF é tida como a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde.

À semelhança de outros países latino-americanos, no Brasil, as políticas de saúde voltadas para os idosos consideram o envelhecimento como fenômeno urbano que tem se afirmado nas últimas décadas, e as projeções para o século XXI indicam que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades (VERAS, 2009). As regiões mais urbanizadas, como a Sudeste e o Sul que ainda oferecem melhores e maiores ofertas de emprego, além de maior disponibilidade de serviços públicos, alimentação, moradia e assistência médica e social, serão detentoras de um maior número de idosos de idade elevada.

Ademais, embora grande parte das populações ainda viva na pobreza, nos países menos desenvolvidos ocorreram certas conquistas tecnológicas da medicina moderna dos últimos 60 anos, como: assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros, que favoreceram a prevenção ou cura de muitas doenças que eram fatais, levando a uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, a um aumento da expectativa de vida dos indivíduos. No entanto, poucos idosos brasileiros conseguem percorrer esse itinerário terapêutico sem esbarrar na inacessibilidade, sobretudo os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, vulnerabilizados pela situação socioeconômica. Assim, ao tratar especificamente as conexões necessárias para que a PNSPI provoque o impacto desejado é necessário analisar sua permeabilidade, ou seja, quais caminhos a referida política tem que percorrer, se articular e quais as dificuldades observadas atualmente.

Para além das questões estruturais que o sistema de proteção social brasileiro apresenta, vale lembrar que a preocupação com a saúde dos idosos é recente no país. No cenário do SUS as ações ainda se ressentem de consolidação. No nível da atenção básica as intervenções direcionadas aos idosos são pontuais calcadas no modelo campanhista, haja vista as campanhas de imunização do idoso. Os demais programas de saúde, tais como controle de diabetes, hipertensão não são destinados exclusivamente aos idosos. A intervenção nesse

nível de complexidade em saúde conta com pouquíssimas experiências municipais que se voltam à população idosa através de programas coletivos. Em relação aos níveis de média e alta complexidade a situação se agrava, tendo em vista o contexto mais amplo de violação do direito à saúde para a população de modo geral. São nestes níveis de atendimento, que as redes de atenção têm mais se ressentido dos impactos do projeto privatizante na saúde.

Não é sem razão que são nesses espaços que o processo de judicialização da saúde tem se expandido. Em relação ao atendimento prestado pelo SUS aos idosos – previsto na PNSPI –, percebe-se a ausência dos princípios da universalidade, equidade e integralidade e o descumprimento sistemático do Estatuto do Idoso em seu capítulo IV que trata diretamente do direito à saúde. Como bem infere Silva (2010), o Estatuto do Idoso incorpora claramente o atendimento integral no SUS, desde atendimento geriátrico em ambulatórios, dispensa de medicamentos, serviços de cuidadores domiciliares até o acesso a órteses e próteses, o que poderia ser minorado se as ações fossem executadas a partir da lógica intersetorial.

Em face da relevância da intersetorialidade das ações em saúde, Melo *et al.* (2009) descrevem as ações coletivas como estratégias eficazes para a melhoria da qualidade de vida da população, justamente quando estas são abalizadas pela intersetorialidade, transdisciplinaridade e pelo desenvolvimento de autonomia dos sujeitos, inclusive dos idosos. Em relação ao estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção, a PNSPI nos diz que,

“A prática da Intersectorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersectorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade (BRASIL, 2006a, p. 10).”

No entanto, intersectorialidade pressupõe mudanças endógenas das políticas de proteção social e exógenas, destas entre si. Impõe ainda a compreensão por parte dos gestores de que em função da complexidade das expressões da “questão social”, um setor apenas não consegue dar conta das demandas multifacetadas que surgem, como bem expressam Junqueira (1998; 2000); Inojosa (2001); Andrade (2006), Ferreira e Silva (2005), Monnerat e Souza (2009; 2011) e Schutz e Miotto (2010).

Na produção do cuidado em saúde junto à pessoa idosa – prevenção, promoção, cura e reabilitação –, ou seja, na busca da manutenção da capacidade funcional do idoso há que

se atentar para as peculiaridades que o envelhecimento humano demanda que envolve nuances de ordem biopsicossocial que não serão enfrentadas a partir de um setor, tendo em vista que este modelo dividido por setores promove ações de caráter isolado, se caracterizando como ineficaz, já que a inclusão social passa pela satisfação de um conjunto de direitos inter-relacionados.

### **Considerações Finais**

Diante do estado da arte sobre o tema da intersetorialidade realizado após pesquisa bibliográfica e documental, constatamos que os estudos dos anos 1990 se dedicaram à definição de modelos intersetoriais no âmbito da gestão das políticas públicas dentro do aparato estatal. Nas produções recentes, diante da variedade de modelos de gestão intersetoriais, há um esforço em analisar o resultado das ações das políticas nas condições objetivas de vida das populações usuárias de seus serviços, de modo a perceber um resultado sinérgico. Todavia, outra questão que se esboça é que para além dos resultados das ações para os indivíduos, há uma preocupação em perceber como os profissionais que trabalham nos aparatos estatais das políticas acionam e viabilizam esta estratégia em seu cotidiano, uma vez que muitas políticas já disponibilizam em diversas etapas de suas implementações arranjos intersetoriais preconizados em suas legislações, documentos, portarias.

Observamos também que a setorização das políticas públicas segue em grande parte influenciada pela própria segmentação das disciplinas. É como se o aparato governamental fosse todo fatiado por conhecimento “ninguém encara as pessoas e famílias como totalidade que são” (INOJOSA, 2001, p. 103). No caso do foco de nossa análise, identificamos que as interconexões que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa construiu com o Sistema Único de Saúde através das políticas de saúde municipais e estaduais não se materializaram nos processos de gestão, ou seja, não conseguiram ultrapassar as determinações legais em sua plenitude.

O itinerário que o idoso tem que percorrer para obter resolutividade em suas demandas mais corriqueiras – a maioria delas vinculadas ao cuidado em saúde – é pautado em inacessibilidade ou em vivências de ações sobrepostas, ora de gestões municipais, ora de ações estatais, visto que não existe ainda uma sincronia entre os agentes e as políticas voltadas

para o segmento, notadamente as de corte social – Assistência Social, Previdência, Saúde, Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa –.

Outrossim, as políticas públicas mencionadas carecem de uma nova lógica de gestão, calcada na interdisciplinaridade e no compartilhamento de funções entre os setores que as integram. Nessa perspectiva, enquanto persistirem os posicionamentos setorializados no que concerne à prestação do cuidado público em saúde voltado para os idosos, continuaremos a observar a falácia da equidade em detrimento da materialidade do direito à saúde.

Especificamente em relação ao território Degenszajn (2008, p. 212) assevera que é fundamental que a intersetorialidade seja incorporada às políticas sociais para o desenvolvimento de trabalho na perspectiva de territorialização, pois o lugar expressa as complexidades e interdependências da realidade social. Neste sentido, “a conexão territorialidade/intersetorialidade voltada à inclusão social redimensiona as intervenções específicas, ampliando o padrão de qualidade e a efetividade das ações desenvolvidas”.

Entretanto, ainda que considere a participação dos sujeitos e o compartilhamento das decisões com a sociedade civil, a perspectiva da territorialização não se funda na responsabilização exclusiva da sociedade civil, permanecendo essencial o protagonismo do Estado e do gestor público nos processos decisórios. O que se defende é a articulação entre as políticas públicas para melhor utilização dos recursos mediante diálogo, articulação, e socialização de informações junto aos usuários que dão sentido aos territórios (DEGENSZAJN, 2008) o que, no caso dos idosos, requer uma mudança também cultural em relação à visão do lugar que eles ocupam na sociedade.

## Referências

ANDRADE, L. O. M. de. **A Saúde e o dilema da Intersetorialidade**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, 2006.

ASSIS, M. de. **Promoção da Saúde e Envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

- BARCELOS, A. T. **A efetividade dos direitos fundamentais do idoso: uma análise de caso no município de Vitória-ES**. 2006. Dissertação (Mestrado em Direito Público e Evolução Social) – Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2006.
- BERZINS, M. A. V. da S. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 75, p. 19-34, setembro de 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.395 de 09 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Secretaria Executiva, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Secretaria de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 12).
- CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, p. 281-306, 1999.
- DEGENSZAJN, R. R. Processos de articulação na perspectiva socioterritorial. In: ARREGUI, C. C.; BLANES, D. N. **Metodologias do trabalho social**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2008, p. 209-216.
- FERREIRA, M. L. C. **Intersetorialidade: um desafio na Implementação da Política Nacional do Idoso no estado do Rio de Janeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- FERREIRA, V. S. C.; SILVA, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 103-150.
- INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com Intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.
- JUNQUEIRA, L. A. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11-22, nov./dez. 1998.

- JUNQUEIRA, L. A. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-22, p. 35-45, nov./dez. 2000.
- MAIA, F. de O. M. *et al.* Fatores de risco para mortalidade em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1049-1056, out. 2016.
- MELO, M. C. de. *et al.* A Educação em Saúde como agente promotor de qualidade de vida do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14 (Supl.), n. 1, p. 1579-1586, 2009.
- MONNERAT, G. L; SOUZA, R. G. de. Política Social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, Brasília, v. 12, n. 26. p. 200-220, jan/jun. 2009.
- MONNERAT, G. L; SOUZA, R. G. de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos Populares**, Brasília, v. 15, n.1, p. 79-94, 1998.
- OLIVEIRA, R. de C. da S. Velhice: Teorias, Conceitos e Preconceitos. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 13, n. 25, p. 37-52, ago. 2002.
- PASTORINI, A. **A categoria “questão social” em debate**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Coleção questões da nossa época; v. 109).
- PEREIRA, P. A. P. **Formação em Serviço Social, Política Social e o fenômeno do envelhecimento**. Comunicação apresentada em Mesa Redonda no Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil, Brasília, 12 maio 2005.
- SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 59-75, jan./jun. 2010.
- SILVA, J. A. da. **Gestão da Política Nacional do Idoso a luz da realidade de Juiz de Fora**. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.
- SOUSA, M. P. de. **O lúdico na terceira idade**. 2005. Monografia (Especialização) – Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2005.
- VENTURI, G. Envelhecer é um privilégio?. **Teoria e Debate**, São Paulo, v. 4, n. 71, p. 20-23, maio/jun. 2007.
- VERAS, R. A frugalidade necessária: modelos mais contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1141-1159, set./out. 2004.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

