



A “PAREDE” DA INTERSETORIALIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO

THE “WALL” OF INTERSECTORIALITY: EXPERIENCE REPORT IN THE ELDERLY COMPANIONSHIP SERVICE

Cleverson Felipe da Silva Ferreira ¹

Francisca Lopes de Souza ²

Alberlane Pereira de Matos ³

Claudia dos Santos Costa ⁴

RESUMO

Este artigo apresenta um relato de experiência e descreve o funcionamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) do Idoso, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) “Mimi Marinho”, conforme a perspectiva do trabalho intersectorial com o Centro de Saúde da Família Maria Eglantine Ponte Guimarães, por meio de estudo realizado entre fevereiro e setembro de 2014. Nesse período, as observações foram feitas às segundas-feiras, dia de encontro do grupo Feliz Idade. Ao todo, foram 32 encontros observados e registrados em diário de campo. O estudo foi vivenciado por um profissional do serviço social do CRAS que acompanha o SCFV do idoso, cujo cuidado é compartilhado pelos serviços de assistência social e saúde. A experiência descreve, de forma detalhada, a composição do grupo, as ações desenvolvidas no período e aponta o difícil exercício da intersectorialidade entre assistência social e de saúde, que, apesar da proximidade física e territorial, enfrentam um distanciamento que ultrapassa a “parede” que as separa. O estudo marca a importância de eliminar as barreiras profissionais para o avanço nas políticas de proteção à pessoa idosa com a perspectiva de construção coletiva.

Palavras-chave: Ação Intersectorial; Idoso; Políticas Públicas.

ABSTRACT

This is an experience report, which aims to describe the experience of operation of the Living Links Service and the Elderly to Strengthen the Social Assistance Reference Center Mimi Marinho from the perspective of intersectoral work with the Health Center Family Eglantine Maria Guimarães Bridge from February to September 2014. During this period, the observations occurred on Mondays, which is the day against the group Happy age (the elderly scFv). In a total, 32 meetings observed and recorded in a field diary. The study is experienced by the Professional Social Service CRAS accompanying the coexistence service for seniors who have shared their care by social assistance and health services. The description of the experience details the composition of the group, the actions undertaken during this period and points out difficult exercise of intersectoral cooperation between social care and health, that despite the physical and territorial proximity, face a distance that exceeds the “wall” that separates them. The study marks the importance of eliminating barriers to professional advancement in elder protection policies in a collective construction perspective.

Key words: Intersectoral Action; Elderly; Public Policy.

1. Assistente Social. Estudante de graduação em Música – Licenciado pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral (CE), Brasil.

2. Assistente Social. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela UVA. Especialista em Educação na Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP). Mestre em Saúde da Família pela UFC.

3. Assistente Social. Especialista em Educação na Saúde pelo IEP. Estudante de Mestrado em Saúde da Família pela UFC.

4. Advogada. Assistente Social. Especialista em Psicopedagogia pela UVA. Especialista em Políticas Públicas pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Gestão Pública pela UVA/Universidade Internacional de Lisboa.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, tanto no mundo como no Brasil, vem chamando a atenção desde o início do século XX, assim como o interesse pelas questões que envolvem a velhice, como problemas físicos, emocionais e sociais. A velhice nem sempre é uma experiência gratificante, pois nessa fase o idoso passa por um processo de distanciamento social, carregando um sentimento de inutilidade, comum em nossa sociedade.

A velhice é marcada pela aposentadoria que, aos olhos da sociedade, representa a desvalorização no mundo do trabalho. Esse período também é marcado por mudanças no meio familiar, pois os filhos já estão todos crescidos, têm sua própria família já formadas e suas raízes estão em outros solos. Para alguns idosos, essa fase parece ser a mais difícil de todas, porque muitos se sentem sozinhos, distantes do convívio social¹.

Algumas pessoas chegam à velhice sem condições mínimas de vida e sem acesso às políticas públicas e sociais. De acordo com novos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil já conta com uma média considerável de 23,5 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais, maior que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas. Na comparação entre 2009 (última pesquisa divulgada) e 2011, o grupo aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhão de pessoas. Há dois anos, eram 21,7 milhões de pessoas².

Apesar do aumento dessa população nas últimas décadas, a velhice vem sendo estudada ao longo de nossa história: um dos registros mais antigos data de 1600 a.C., em um papiro egípcio intitulado “Livro para transformar um velho em um jovem de 20 anos”³. Outros estudiosos salientam que o primeiro trabalho científico sobre a velhice foi o do médico francês Jean-Martin Charcot, em 1867, “Estudo Clínico sobre a Senilidade e Doenças Crônicas”, que se preocupava com as causas do processo de envelhecimento e suas consequências no organismo⁴. Atualmente, as doenças crônicas e degenerativas representam as maiores preocupações das políticas de saúde, pois aumentam simultaneamente com o crescimento da população idosa.

A velhice e o processo de envelhecimento passaram a ser objetos de estudo de uma nova área específica no campo do saber, a gerontologia, que compreende o envelhecimento como fenômeno complexo que envolve aspectos biológicos, psicológicos, econômicos e sociais, conforme explicita a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵ ao enfatizar qualidade de vida na velhice como “a percepção do indivíduo de sua posição na sociedade, no contexto da cultura, e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁶.

No campo da gerontologia, os profissionais precisam

*Algumas pessoas
chegam à velhice sem
condições mínimas
de vida e sem acesso
às políticas públicas
e sociais.*

estar muito bem preparados, sendo fundamental que tenham conhecimentos em diversas áreas como saúde, psicologia e ciências sociais, pois só assim conseguirão entender a complexidade do envelhecimento e planejar políticas e serviços voltados a esse público.

Um marco inicial de discussão para a elaboração de políticas sociais para idosos foi a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em 1982, em Viena (Áustria), que contou com a participação de 124 países, incluindo o Brasil. Nesse encontro foi elaborado o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, um importante documento com estratégias e recomendações prioritárias nos diversos aspectos que envolvem o processo de envelhecimento⁷.

No Brasil, há importantes políticas públicas e sociais voltadas aos idosos, entre as quais a Política Nacional do Idoso (1994)⁸, a Política de Saúde do Idoso (PNI, 1999)⁹, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006)¹⁰, o Estatuto do Idoso (2003)¹¹, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004)¹², além dos direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988. Diante desse cenário, podemos inferir que o idoso no Brasil está legalmente amparado, mas há desafios e dicotomias entre essas políticas, por razões como o aumento acelerado dessa população, a fragilidade e a falta de acesso desses usuários às políticas públicas e a precariedade do trabalho de profissionais que atuam nessas políticas, entre outros.

De acordo com o exposto, pode-se destacar a importância da Lei n. 10.741/2003, o Estatuto do Idoso, cujo Título I das Disposições Preliminares dispõe sobre a proteção integral e absoluta dos direitos da pessoa idosa, declarada obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público¹³.

A Política Nacional do Idoso (PNI), aprovada em janeiro de 1994, conforme a Lei n. 8.842, afirma em seu art. 3º, que “é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à pessoa idosa todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”⁸.

Em 2012, no Brasil, iniciou-se, um estudo longitudinal das condições de saúde e bem-estar da população idosa denominado “Elsi-Brasil”, cujo objetivo era fornecer amplas informações sobre as condições socioeconômicas, as variáveis

de contexto, os aspectos psicossociais, a história de vida, os comportamentos em saúde, a saúde física, a saúde mental e o uso de serviços de saúde, em uma amostra nacional representativa da população brasileira com 50 anos ou mais. As diferenças sociais em saúde e seus determinantes também fizeram parte desse estudo¹³.

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a integrar essa pesquisa internacional. Inicialmente, estimava-se que em 6 anos fossem entrevistadas 15 mil pessoas. Os tópicos referentes à aposentadoria e suas consequências para a saúde, à situação socioeconômica e à estrutura domiciliar e familiar possibilitarão as comparações internacionais, pois são situações comuns aos vários países participantes. Diante do exposto, é muito importante que sejam verificados os fatores determinantes das condições de saúde da população idosa no país, para que as políticas públicas, destinadas a essa faixa etária, atendam às suas necessidades e possibilitem a melhoria de sua qualidade de vida.

Além dessas iniciativas e aportes legais também foram criadas políticas em áreas setoriais, como aconteceu com a Política de Saúde e de Assistência Social. Na saúde, a PNSPI, aprovada pela Portaria n. 2.528/2006, tem por finalidade 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 as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNAS em nosso país passou por momentos delicados de avanços e retrocessos e só foi implementada em 2004, tendo como proposta a criação de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS), constituído por um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios no âmbito da assistência social para atender áreas de vulnerabilidade e risco social. O SUAS é organizado em dois níveis de proteção: Proteção Social Básica (PSB), destinada à prevenção de riscos pessoais e sociais; e Proteção Social Especial (PSE), destinada às famílias que já tiveram seus vínculos rompidos e direitos violados¹². Os serviços de Proteção Social Básica são oferecidos no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), uma unidade pública estatal descentralizada. Nesse nível de proteção, além dos serviços que a rede oferece, são colocados à disposição mais dois benefícios assistenciais: Benefício da Prestação Continuada (BPC), que consiste no pagamento de 1 salário-mínimo mensal a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, e a pessoas com deficiência, cuja renda familiar não ultrapasse o valor de $\frac{1}{4}$, por pessoa; e os Benefícios Eventuais, descritos no art. 22 da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), que oferece provisões aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situação de vulnerabilidade temporária e calamidade pública¹⁴.

Com aprovação da Resolução n. 109/2009, tipificam-se os Serviços Socioassistenciais disponíveis no Brasil,

Este é um relato de experiência vivenciada por um profissional do serviço social, que atua no CRAS “Mimi Marinho” em Sobral (CE).

organizando-os por nível de complexidade do Sistema Único de Assistência Social: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade. No nível de Proteção Social Básica, que aqui focamos, estão: a) o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); b) o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas; e c) o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos¹⁵.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) do idoso, articulado pelo CRAS, será o cenário deste relato de experiência, que tem por objeto de análise as ações intersetoriais entre o Serviço de Convivência e o Centro de Saúde da Família, localizados no mesmo endereço, mas separados por uma “parede”. O objetivo desta pesquisa é relatar a experiência de condução compartilhada do Serviço de Convivência entre a política de saúde representada pelo Centro de Saúde da Família e a política de assistência social representada pelo CRAS.

METODOLOGIA

Este é um relato de experiência vivenciada por um profissional do serviço social, que atua no CRAS “Mimi Marinho” em Sobral (CE). A pesquisa ocorreu no período de fevereiro a setembro de 2014 e os resultados foram formulados com base na sistematização das experiências vivenciadas e conhecimentos construídos no decorrer do contato com a dinâmica do SCFV do idoso e das ações de saúde e assistência social, com o apoio da equipe multiprofissional.

O CRAS “Mimi Marinho” é um órgão público que tem por objetivos a proteção, a prevenção e o fortalecimento dos vínculos familiares e compõe a rede de Proteção Social Básica de Sobral. Esse órgão está localizado ao lado do CSF Maria Eglantine Ponte Guimarães, o que possibilita ações integradas entre ambos, principalmente nos grupos de SCFV.

Em 2013, o SCFV foi reordenado, passando a contar com os seguintes públicos e suas respectivas faixas etárias: SCFV de crianças entre 0 a 6 anos; SCFV de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos; SCFV de adolescentes e jovens de 15 a 17 anos, e SCFV do idoso. Para o SUAS, esse “reordenamento” significou

um avanço na consolidação e na organização do serviço socioassistencial voltado às crianças, aos adolescentes e às pessoas idosas¹⁶.

O SCFV do idoso do CRAS “Mimi Marinho” adquiriu um nome próprio depois do reordenamento (Feliz Idade). Esse serviço é o principal alvo de “ações” intersetoriais entre o CRAS “Mimi Marinho” e o CSF Maria Eglantine, único grupo com funcionamento regular que é desenvolvido “atividades” de cunho interdisciplinar e intersetorial, por equipes multiprofissionais.

O quadro de profissionais que desenvolve as atividades é bastante diversificado. Atualmente, o CSF Maria Eglantine, conta com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por 1 educador físico, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 nutricionista e 1 fisioterapeuta. Já os residentes multiprofissionais em saúde da família estão representados por 1 farmacêutico, 1 educador físico, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 enfermeiro, todos atuando no CSF. O CRAS “Mimi Marinho” conta com em sua equipe técnica com 2 assistentes sociais, 1 pedagogo, 1 psicólogo e 1 coordenador.

O estudo é baseado em uma pesquisa descritiva, fundamentada no relato de experiência, conduzida no período de fevereiro a setembro de 2014, com observações feitas às segundas-feiras, no dia do encontro do grupo Feliz Idade (SCFV do idoso). Ao todo, foram 32 encontros observados e registrados em diário de campo, diário este que é um dos instrumentos adotados para auxiliar nas observações e coletar dados, uma ferramenta pessoal e intransferível, que serve para o pesquisador, depois de todas as anotações feitas, formular um relatório detalhado dos momentos da pesquisa. Quanto mais rico em anotações, mais útil na análise do objeto em estudo¹⁷.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A primeira formação do grupo dos idosos ocorreu, efetivamente, em 2011. Até então, os participantes não tinham frequência constante, nem acompanhamento sistemático dos técnicos, muito menos planejamento das ações. As ações desenvolvidas eram as de lazer, como forma de “ocupar o tempo ocioso dos usuários”, e não tinham um objetivo específico. Com o passar do tempo, foi possível formar uma “turma” e, aos poucos, um “grupo”, que passou a desenvolver atividades semanais, com apoio de um orientador social. Essa função é exercida por profissional de, no mínimo, nível médio, que está em constante contato com o(s) grupo(s), sendo responsável pela execução do SCFV e pela criação de um ambiente de convivência participativa e democrática do CRAS, bem como pelo desenvolvimento e acompanhamento das atividades durante a semana.

O Serviço de Convivência (SCFV) do idoso é composto por 28 idosos, sendo 22 do sexo feminino e 6 do masculino.

A partir de 2013, com o reordenamento do SCFV em todos os CRAS, o SCFV do idoso passou a ter um foco intrínseco ao SUAS, desenvolvendo atividades que contribuem para o envelhecimento saudável, expandido a autonomia e a socialização para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e para a prevenção de risco social, conforme preconizado pelo sistema.

No início de 2014, um novo sistema foi implementado na gestão do SUAS, que logo passou a vigorar efetivamente dentro do CRAS, monitorado por um sistema denominado Sistema de Informação do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, mais conhecido como SISC. Esse sistema insere os participantes dos grupos em uma plataforma *on-line*, cuja finalidade é fazer o somatório dos recursos financeiros por pessoa incluída em determinado SCFV. Há um limite de participação em cada grupo do SCFV, por isso, faz-se uma “seleção”, ou seja, para fazer parte de algum grupo do serviço de convivência, os usuários precisam estar inseridos em uma das seguintes situações: isolamento; trabalho infantil; vivência de violência e/ou negligência; fora da escola ou com defasagem escolar superior a 2 anos; acolhimento; cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto; egressos de medidas socioeducativas; abuso e/ou exploração sexual; sob a proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); crianças e adolescentes que vivem nas ruas; vulnerabilidade que atinge as pessoas com deficiência.

Hoje, o CRAS “Mimi Marinho” conta com 16 grupos de SCFV, dividido em faixas etárias (0 a 3 anos, 6 a 10 anos, 11 a 14 anos, 15 a 17 anos e idosos).

O Serviço de Convivência (SCFV) do idoso é composto por 28 idosos, sendo 22 do sexo feminino e 6 do masculino. Desses 28 idosos, 7 são beneficiários do BPC e os demais são aposentados, provento este que, muitas vezes, é a principal renda familiar. A maioria vive em casa própria, com água tratada e energia elétrica. Quanto à composição familiar, na maioria dos casos, quando não moram sozinhos, estão em companhia de netos que seus filhos “deixaram” para eles criarem. Nesses casos, a única opção é aceitar, porque já se encontram em idade avançada e precisam de alguma companhia.

Quanto à convivência comunitária, a opção que esses idosos encontram em seu bairro é a participação do SCFV no CRAS, por não existirem outras disponíveis para sua idade. Em decorrência dessa carência, o CRAS formalizou o SCFV, disponibilizando uma sala ampla e arejada, de fácil acesso, para atividades realizadas todas as segundas-feiras, das 14:00 às 17:00. A atividade é precedida de um lanche e, depois de encerrada, serve-se uma refeição, ambos de acordo com a orientação da nutricionista responsável pela elaboração do cardápio mensal. O grupo tem um orientador social responsável pelo desenvolvimento de todas as atividades/ações nos dias e horários dos encontros, com o qual o técnico de referência de nível superior planeja as atividades para o grupo. No SCFV do idoso as atividades estão divididas entre o CRAS, responsável pelas atividades na 1ª e 3ª semanas de cada mês, e o CSF, pelas atividades na 2ª e 4ª semanas, com seus profissionais dividindo-se entre o NASF e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

A equipe do CRAS planeja, toda quarta-feira à tarde, um momento de estudo e organização das ações a ser realizadas para cada serviço. As equipes do NASF e da RMSF se reúnem uma vez por mês para planejar as atividades que serão desenvolvidas no programa, e todas as quintas-feiras à tarde organizam as ações para a semana seguinte.

Conforme vimos, não há planejamento entre o CRAS e o CSF, o que nos leva a questionar em que momento ocorre o compartilhamento do cuidado com o grupo, uma vez que cada serviço planeja isoladamente. O que realmente estamos chamando de intersetorialidade, se cada serviço planeja e realiza suas atividades sem dialogar com o outro? Outra questão que merece reflexão é até que ponto esse formato atende as necessidades dos idosos que participam do SCFV.

Ao longo desses meses, foram realizadas diversas atividades no SCFV do idoso, como oficinas, palestras, seminários, tanto na esfera da assistência social quanto no campo da saúde.

Em fevereiro, o CRAS realizou o Carnaval da Vaidade (10/2), que proporcionou um momento de descontração e comemoração, e uma Campanha de Combate à Dengue (24/2); e o CSF, uma palestra sobre hanseníase (3/2) e uma festa de Carnaval (pré-Carnaval, 17/2).

Em março, o CRAS dedicou uma semana a assuntos relacionados à saúde da mulher, e as participantes do SCFV também tiveram atividades de promoção da saúde da mulher, no período de 3 a 7/3, em um ação conjunta entre CSF e CRAS.

Em maio, o CSF realizou uma oficina de capoterapia (26/5), técnica que se vale de elementos da capoeira para a promoção do bem-estar aos idosos, que os ressocializa, melhora sua coordenação motora, força muscular, autoestima e diminui a depressão¹⁸, gerando ainda benefícios físicos e sociais. Sua

musicalidade proporciona descontração e recupera a memória do folclore nacional. O CRAS, com o objetivo de homenagear todas as mães, realizou um grande evento no dia 12/5.

Nos dias 2 e 16 de junho, o CRAS promoveu oficinas sobre alimentação saudável com acadêmicos de nutrição. No dia 9, o CSF realizou uma ação sobre cromoterapia, tratamento que usa a cor para a cura mental, psicológica e espiritual¹⁹.

No mês de julho, o CRAS promoveu um “Encontro dos Avôs” (14/7), debatendo temas relacionados à convivência familiar e comunitária, e uma roda de conversa sobre a afetividade na família (28/7). O CSF realizou no dia 7 atividades de dançaterapia, método de tratamento que propicia estímulos capazes de influenciar de forma qualitativa as atividades psicomotoras, pois envolve emoções e sentimentos, características das atividades de expressão corporal, além de facilitar as relações interpessoais e de socialização do indivíduo em uma mesma atividade²⁰, e uma oficina de memória, no dia 21.

Em setembro, os idosos do SCFV foram convidados a participar de um seminário sobre a velhice, família e afetividade promovido pelo Serviço Social do Comércio (Sesc) de Sobral. Ao longo desse período, vários avanços foram obtidos em relação às intervenções sociais no SCFV do idoso, pois as atividades se pautaram nas características, nos interesses e nas demandas dessa faixa etária e levaram em consideração a convivência em grupo¹⁵. Os idosos mostraram-se muito satisfeitos com as atividades, cujo foco foi a qualidade de vida pessoal e comunitária do grupo. Aos poucos, a prática do “forrozinho” foi-se esvaindo, ou seja, o forró (dança) era o foco principal do serviço, deixando os verdadeiros objetivos de fora.

Podemos considerar bons os frutos, mas essa prática assistencialista ainda persiste em vários municípios, cabendo aos gestores e profissionais estabelecer novas práticas e significado para os grupos de convivência de idosos.

A separação existente entre CSF e CRAS ultrapassa a parede física, pois há uma “parede” invisível apontada pela fragilidade de comunicação entre os próprios profissionais.

Quanto à convivência comunitária, a opção que esses idosos encontram em seu bairro é a participação do SCFV no CRAS, por não existirem outras disponíveis para sua idade.

Essa “parede” invisível dificulta a execução de ações multiprofissionais e intersetoriais. A troca de conhecimentos é bem restrita, talvez pela falta de tempo, pelo excesso de trabalho, ou até pela dificuldade em se trabalhar de forma colaborativa e compartilhada.

Outra questão é a precariedade dos profissionais na área da saúde e assistência social, fator que gera grande rotatividade e impacta na qualidade e na continuidade da assistência prestada à população.

Na busca da superação das vulnerabilidades existentes e do fortalecimento dos vínculos familiares, o CRAS promove visitas domiciliares, 2 vezes por semana, para fazer um acompanhamento familiar dos idosos. Considera-se, então, que há tempo e meios suficientes para um acompanhamento sistemático pelos profissionais do CRAS. Entretanto, constata-se a ausência de profissionais de saúde nesse cenário familiar, pois limitam sua participação nos momentos em grupo, o que dificulta o estabelecimento de vínculo com os usuários. A ausência de contato é uma questão que precisa ser debatida, pois os participantes do SCFV do idoso, Feliz Idade, ficam muitas vezes sem saber “quem é quem”. Certa vez, um senhor com um sorriso no rosto perguntou: “Você é do lado de lá, ou do lado de cá?”. Fiquei surpreso, pois era claro que eles não conseguem distinguir os técnicos do CRAS e os do CSF, o que corrobora a divisão existente entre os serviços, ou seja, os próprios usuários já perceberam a “parede” que nos separa.

Nesse contexto, é preciso refletir sobre a importância do estabelecimento do vínculo com a comunidade, do estímulo às ações intersetoriais e multidisciplinares. A experiência de compartilhamento do cuidado do SCFV do idoso entre o CRAS e o CSF evidencia que a proximidade física e territorial das políticas não garante uma ação intersetorial e interdisciplinar.

O desafio é atuar de forma colaborativa e compartilhada, refletindo sobre diversos conhecimentos e sobre de que forma cada política cuida dos idosos. Ao eliminar essas “paredes” será possível avançar na busca pela qualidade de vida dos idosos e na garantia de seus direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de sete meses diversas intervenções no trabalho intersetorial e interdisciplinar foram desenvolvidas no CRAS, visando à promoção da saúde, à melhoria da qualidade de vida e à produção da saúde, bem como permitindo atuar nas causas que agravam a saúde dos idosos e nas ações de assistência social que buscam garantir seus direitos.

Diversos temas foram debatidos, mas identificou-se a inexistência de registro com o arquivamento de todas as ações, tanto da parte do CRAS como do CSF, o que dificultou a recuperação dos acontecimentos desses meses. Esse fato

O desafio é atuar de forma colaborativa e compartilhada, refletindo sobre diversos conhecimentos e sobre de que forma cada política cuida dos idosos.

mostra, claramente, o cuidado fragmentado em relação ao grupo Feliz Idade, a falta de entrosamento entre os serviços de saúde e de assistência social e a ausência de “memória”, pois esses arquivos são necessários principalmente para o monitoramento e a avaliação das ações, evitando-se assim que estas sejam repetidas.

Considerando que tanto a PNAS como o SUS orientam a atuação dos profissionais para o desenvolvimento de ações intersetoriais, percebe-se a necessidade de refletir sobre as práticas existentes para prestar uma melhor assistência, pois, do contrário, cada um faz sua parte de forma delimitada e fragmentada. Nessa concepção, não se deve pensar na vida das pessoas de forma fragmentada, sendo o trabalho conjunto uma ótima maneira de beneficiar não apenas uma, mas várias pessoas, pois todas serão favorecidas pelos serviços de qualidade e garantia de seus direitos.

Pode-se concluir que o compartilhamento de ações não pode ficar só na proximidade física, mas deve abranger um trabalho conjunto, pois são necessárias atitudes e atividades que possibilitem a intersetorialidade dos serviços na política de saúde pública e assistência social²¹. Talvez a maior “parede” que precise ser transposta seja a forma como os profissionais encaram o trabalho colaborativo entre as políticas e os outros profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Souza SR. O idoso na família e na sociedade [document on the internet]. 2008 [cited 2014 July 14]. Available from: http://www.montesiao.pro.br/estudos/familia/3idade/idoso_familia_sociedade.html
2. Brasil. Dados sobre o envelhecimento no Brasil [document on the internet]. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos; 2012 [cited 2014 Apr 10]. Available from: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoNoBrasil.pdf>
3. Terra NL, Dornelles B. Envelhecimento bem-sucedido. 2. ed. Porto Alegre: Ed. PUCRS; 2003.

4. Duarte LT. Envelhecimento: processo biopsicossocial [document on the internet]. 2006 [cited 2014 Aug 8]. Available from: <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/brasil.htm>
5. Organização Muncial de Saúde. Desenvolvimento do WHOQOL [document on the internet]. 1998 [cited 2014 Dec 24]. Available from: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>
6. Castanha AR, Coutinho MPL, Saldanha AAW, Ribeiro CG. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. Estud Psicol (Campinas). 2007;24(1):23-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a03.pdf>
7. Santos NF, Silva MRF. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. Revista FSA. 2013;10(2):358-71. Available from: http://www.al.sp.gov.br/repositorio/bibliotecaDigital/20878_arquivo.pdf
8. Brasil. Política nacional do idoso. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [serial on the internet]. 2010 [cited 2014 May 11]. Available from: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/Politica%20Nacional%20do%20Idoso.pdf/download>
9. Brasil. Portaria GM n. 1.395. Política de Saúde do Idoso [document on the internet]. 2012 [cited 2014 Oct 11]. Available from: http://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117
10. Brasil. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [serial on the internet]. 2006 [cited 2014 July 5]. Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>
11. Brasil. Estatuto do Idoso. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome [document on the internet]. 2010 [cited 2014 Apr 4]. Available from: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/estatuto-do-idoso/Estatuto%20do%20Idoso.pdf/download%3E>
12. Brasil. Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004 - Norma Operacional Básica - NOB/SUAS [serial on the internet]. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. 2005 [cited 2014 Aug 1]. Available from: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/arquivo/Politica%20Nacional%20de%20Assistencia%20Social%202013%20PNAS%202004%20e%202013%20NOBSUAS-sem%20marca.pdf>
13. Lima-Costa F, Facchini Matos, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). Rev Saúde Pública. 2012;46(Suppl 1):100-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/ao4207.pdf>
14. Brasil. 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa [document on the internet]. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2009 [cited 2015 Feb 22]. Available from: <http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Texto-Base%20da%20a%20CNDPI.pdf>
15. Brasil. Tipificação dos serviços socioassistenciais. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome; 2009 [cited 2014 May 20]. Available from: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/arquivo/Tipificacao%20Nacional%20de%20Servicos%20Socioassistenciais.pdf/view>
16. Brasil. Reordenamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2013 [cited 2014 Sep 23]. Available from: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/Passo%20a%20Passo%20-%20Reordenamento%20SCFV.pdf/download>
17. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2009.
18. Sardinha SS, Alves FA, Alves AF, Toledo DC, Póvoa LSF, Sallum RPF, et al. Capoterapia: elementos da capoeira na promoção do bem-estar do idoso. Relato de caso. Comun Ciênc Saúde [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 July 16];21(4):349-54. Available from: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2010Vol21_4art08capoterapia.pdf
19. Santiago VF, Duarte DA, Macedo AF. O impacto da cromoterapia no comportamento do paciente odontopediátrico. Rev Bras Pesqui Saúde [serial on the internet]. 2009 [cited 2015 July 16];11(4):17-21. Available from: <file:///D:/350-279-1-PB.pdf>
20. Freitas A, Callou LS, Santos AR. Os benefícios da dança-terapia em idosos com depressão [document on the internet]. 2013 [cited 2015 Jan 9]. Available from: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Poster_idinscrito_559_78d661f5df7d4bbc711996cc33ed7dd5.pdf
21. Nogueira NF, Oliveira ML, Cossa MC, Machado ÁMA, Paiva GM, Chagas MIO. Conselheiros de saúde de Sobral: importância da apropriação do conceito de intersetorialidade no âmbito do controle social. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 July 16];9(1):48-50. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/208/195>

Recebido em 15/03/2015 Aprovado em 29/04/2015

