



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Envelhecimento.

ENVELHECIMENTO E SAÚDE MENTAL: INTERSEÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS PARA GARANTIA DE DIREITOS SOCIAIS

Karem Emannelly de Oliveira Trabuco¹
Ingrid Almeida de Souza²

Resumo: O estudo discute a intersectorialidade como um princípio que supõe a articulação das Políticas Públicas para a superação da fragmentação do cuidado, enfatizando a interseção entre parte dos marcos legais da Saúde Mental e do Idoso. Ainda sobre esse aspecto, foi delimitada a contribuição do Serviço Social para implementação da intersectorialidade na proteção social das políticas aqui discutidas.

Palavras-Chaves: Intersectorialidade, Envelhecimento, Saúde Mental, Serviço Social.

Abstract: The study discusses intersectoriality as a principle that supposes the articulation of Public Policies to overcome the fragmentation of care, emphasizing the intersection between part of the legal frameworks of Mental Health and the Elderly. Also on this aspect, the contribution of the Social Service to the implementation of intersectoriality in the social protection of the policies discussed here was delimited.

Keywords: Intersectoriality, Aging, Mental Health, Social Work.

1. INTRODUÇÃO

A intersectorialidade será tratada como um princípio norteador da articulação de Políticas Públicas, para a oferta do cuidado integral aos sujeitos que demandam os serviços de saúde mental e de atenção ao idoso, bem como para a articulação da rede. Na oportunidade também será discorrida a contribuição do Serviço Social para a efetivação desse princípio nos campos de atuação, norteadando-se pelos marcos regulatórios das políticas e da profissão.

A presente reflexão se caracteriza como um estudo propositivo que tem como principal objetivo sistematizar algumas das principais ideias presentes no debate sobre o princípio da intersectorialidade e com base na referida sistematização, analisar uma parte das legislações que normatizam as políticas de Saúde Mental e da proteção aos idosos no Brasil.

A metodologia adotada nesse estudo é de natureza qualitativa, com base em Minayo (1996). Dessa forma a pesquisa foi dividida em três etapas a fim de compreender o debate

¹ Profissional de Serviço Social, Hospital Estadual da Criança, E-mail: karem.trabuco@gmail.com.

² Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal da Bahia, E-mail: karem.trabuco@gmail.com.

sobre o referido princípio, fazer a articulação com o inscrito nas legislações e discutir aspectos correlacionados os fazer profissional do Assistente Social.

Assim, a autora assume a defesa da intersectorialidade para que exista – ainda que de forma processual – uma mudança na forma de ofertar cuidado aos idosos e a pessoas em sofrimento mental.

2. PROTEÇÃO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: O “LUGAR DO CUIDADO” DO SUJEITO.

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal (CF), a qual inseriu no contexto social brasileiro o modelo de Proteção Social baseado na lógica da Seguridade Social. O artigo nº 194 da CF apresenta a compreensão da Seguridade Social como um “[...] conjunto integrado de ações e iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade”. Essas ações são destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à assistência e à previdência social e supõe uma articulação entre elas. Desta forma também prevê a superação da fragmentação entre as políticas públicas.

Essa nova concepção inaugura uma perspectiva de integração que aponta para a necessidade de uma articulação intersectorial entre as políticas para prover uma proteção social integral. Dessa forma, a Constituição Federal assume como um dos seus objetivos “[...] a universalidade de cobertura e de atendimento” (Parágrafo Único do artigo nº 194).

No que toca a Política de Saúde, ainda na Constituição de 1988 – do artigo nº 196 a 200 – é sinalizado que as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e sustenta como uma das diretrizes o atendimento integral³.

Contudo, cabe sinalizar que a Seguridade Social brasileira, a qual prega o posicionamento de um Estado democrático de direito, encontra-se imbricada em um contexto político e econômico neoliberal no qual o papel do Estado tende a ser cada vez mais reduzido, configurando assim dois projetos políticos diferentes: um pautado nos princípios do Movimento da Reforma Sanitária, que defende a integralidade e a universalização e outro, nos moldes neoliberais, que defende a focalização dos direitos (BRAVO, 2006). Essa problemática é um dos determinantes da separação das políticas públicas em setores e, conseqüentemente, de sua fragmentação e desarticulação.

³ A integralidade, segundo Pinheiro (2014) é um dos princípios doutrinários do SUS, está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Nesse sentido, destina-se a conjugar ações direcionadas à materialização da saúde. Sua definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema.

Destarte, considerando que a política de saúde deve ser garantida “[...] mediante políticas sociais e econômicas [...]” (BRASIL, Constituição Federal); bem como que os aspectos biopsicossociais estão diretamente relacionados à concepção de saúde, pois envolvem aspectos correlacionados a “[...] alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, Lei 8080/90) é relevante destacar que a materialização de tais objetivos determinados pela política está atrelada ao que preconiza o princípio da intersetorialidade.

Podemos assim afirmar uma necessária intersecção entre a concepção de Seguridade Social, a concepção ampliada de saúde e o princípio da intersetorialidade, considerando que eles apontam, simultaneamente, para a necessidade da integração entre políticas para responder as manifestações da *questão social*⁴.

A intersetorialidade, aqui compreendida como um princípio, é discutida por diversas áreas do conhecimento e, portanto, há diferentes conceitos e enfoques, dentre eles Yazbek (2014, p. 98) ressalta que esse princípio supõe o envolvimento de diferentes setores sociais em torno de um objetivo comum e deve ser orientador para a construção de redes nas diversas esferas de efetivação da política, especialmente na municipal. A autora também o define como “[...] articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à Proteção Social, à inclusão e enfrentamento das desigualdades sociais identificadas”, supondo assim a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população.

Ao compreender que os “setores” das políticas sociais fazem parte, no contexto real, de um único projeto político e, portanto, são indivisíveis, torna-se possível – demarcando os entraves macroeconômicos que permeiam a proteção social brasileira – pensar numa superação da setorialidade das políticas, uma vez que os sujeitos que requerem a proteção social não se fragmentam por suas demandas e necessidades.

Mioto e Shutz (2010) sistematizam o conceito de intersetorialidade por meio de três aproximações: (A) complementaridade de setores, como (B) prática e como (C) princípio do trabalho em redes.

Na primeira perspectiva as autoras evidenciam que a (A) complementaridade dos setores é uma forma de abordagem das necessidades da população que visa à superação da lógica de fragmentação das políticas, uma vez que o sujeito deve ser visto em sua

⁴ A *questão social* diz respeito “ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização”. (Atribuições privatistas do Serviço Social, CFESS, 2012)

totalidade, o que supõe considerar suas singularidades e as particularidades dos determinantes sociais. Frente ao exposto cabe sinalizar que a intersectorialidade supõe a resolutividade de questões por meio de ações integrais e da articulação entre as distintas áreas de conhecimento. Contudo, esse princípio não exime a responsabilidade individual de cada setor, e sim os coloca como complementar.

A intersectorialidade ainda é posta e relacionada como um meio de movimentar a (B) prática. Essa questão, por sua vez, é apresentada considerando um conjunto de práticas intersectoriais e visualizada como uma “construção em espiral” possibilitando um aprendizado constante, de modo que o conhecimento seja acumulado. Para tanto, faz-se necessário o entrelaçamento de saberes situados em Políticas Públicas diversas que precisam se comunicar em prol de responderem as demandas da população.

Por fim, a intersectorialidade é percebida como (C) princípio do trabalho em rede, de modo que sejam criados novos direcionamentos para as ações intersectoriais, em que as instituições e os serviços das políticas públicas possam atuar de forma articulada e sem fragmentar as demandas. Nesse sentido as necessidades dos sujeitos devem ter um grau de resolutividade sem que haja repetições de ações ou falta de algumas, pertinentes à efetivação do seu direito.

Nesse sentido, após a promulgação da Constituição Federal de 1988 como primeiro marco legal que visa a discussão e implementação da intersectorialidade, compreendida neste trabalho como um princípio que busca articular as políticas públicas, cabe ao próximo eixo as discussões específicas desse princípio no âmbito da articulação do envelhecimento e o processo de cuidado a Saúde Mental.

3 OS APARATOS LEGAIS: A (DES) ARTICULAÇÃO ENTRE A LOUCURA E O ENVELHECIMENTO.

Segundo Papaléo Neto (2002), com base em uma visão biogerontológica, o processo de envelhecimento é concebido como um processo dinâmico e progressivo, que pode implicar diretamente modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Por se caracterizar, como tendo uma dimensão existencial, o envelhecimento também é responsável pela mudança na “relação do homem como o tempo, com o mundo, com sua psique e com sua própria identidade, revestindo-se não só de características biopsíquicas como também sociais e culturais” (NUNES, 2012, p. 8).

Resende (2007) discorre em seu estudo que há um tempo, por conta da curta duração de vida das pessoas, não se assistia uma incidência de determinados sofrimentos mentais que surgiram com a “idade mais madura ou na velhice”. Por conta do aumento do número de pessoas envelhecendo no Brasil, outros tipos de sofrimentos foram desencadeados nessa fase da vida requerendo uma atenção, cuidado e à implantação de novas políticas sociais voltadas para esse público.

Kalache (2010) enumera os direitos de idosos, e aqui, os mesmo são considerados para os indivíduos em sofrimento mental. Dentre eles, cabe citar o direito a vida e a saúde, onde o Estado brasileiro é responsável por garantir essas proteções e neles, consiste o respeito à integridade física e moral, bem como o acesso aos serviços de saúde; o direito a viver livre de violência, maus tratos e abusos; o direito ao trabalho, no entanto, respeitando as limitações dos indivíduos; o direito a educação e a informação; bem como o direito a ser reconhecido perante leis, onde o poder público cria leis específicas para o idoso e o indivíduo em sofrimento mental, dentre elas a lei de Saúde Mental e o Estatuto do Idoso.

Dentre as mudanças ocorridas na política de Saúde Mental no país, houve em 2001 a regulamentação da Lei 10.216, a qual organiza e assegura a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental, pois redireciona o modelo assistencial vigente, com ela o processo de substituição de leitos psiquiátricos por uma rede substitutiva de cuidado na comunidade acelerou-se. Nesta lei, como já sinalizado na Constituição de 1988 e na Lei 8080/90, é reafirmado que os direitos independem de qualquer atributo social:

Art. 1º: Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra

Bem como, enumera em seu artigo segundo quais os direitos dos indivíduos com sofrimento mental, bem como de seus familiares ou responsáveis, dentre eles

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (IBIDEM).

No que toca a política para idoso do país, apenas em 2003 é formalizado a Lei n.º 10.741 denominada de Estatuto do Idoso, a qual foi concebida como “uma cartilha de códigos de proteção para a pessoa idosa, que tem como princípios doutrinários a equidade, a integralidade, a universalidade” (NUNES, 2012, p. 9). Ela foi elaborada com participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, aprovada pelo Congresso

Nacional com o intuito de ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades dessas pessoas e trata dos mais variados aspectos da vida, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes cometidos contra as pessoas idosas.

O Estatuto é destinado a regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, afirmando em seu terceiro artigo que

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, Estatuto do Idoso, 2003).

Ao mencionar os direitos fundamentais, como a saúde, liberdade, alimentação, dentre outros, aponta que:

Art. 9.º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Art. 14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

Mesmo com tais direitos assegurados aos idosos, o Estatuto apresenta uma contradição ao garantir o benefício assistencial mensal para prover a subsistência (Art. 34) – conforme o proposta na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)⁵ – bem como o direito a transporte coletivo público urbano e semi urbanos (Art. 39) à apenas idosos com idade superior aos 65 anos, uma vez que nesse mesmo Estatuto é conferido como idosos as pessoas com 60 anos (Art. 1).

O Estatuto do Idoso toca em alguns aspectos da saúde mental ao apontar, em seu segundo artigo que o idoso deve gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízos da proteção, preservando a saúde física e mental; no inciso dois do artigo dez que o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral; que deve ser assegurado aos idosos que esteja no domínio de suas faculdades mentais, o direito de optar pelo tratamento de saúde (Art. 17); bem como, no que toca a profissionalização e ao trabalho, que o idoso tem direito de exercer atividades profissionais respeitando as condições físicas, intelectuais e psíquicas. Já a Lei de Saúde

⁵ A Lei 8742/93 denominada Lei Orgânica da Assistência Social aponta logo em seu primeiro artigo – Das definições e dos Objetivos – que a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado, é a política de Seguridade Social não contributiva que prove os mínimos sociais através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade. E subsequentemente, define os objetivos da política, onde, uma dos pontos mencionados é a proteção à velhice, habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência, e a garantia de um salário mínimo de benefício mensal a pessoa portadora de deficiência e idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provido por sua família.

mental faz uma única alusão à questão do idoso de forma bem breve e indireta ao discorrer, logo em seu primeiro artigo – exposto nesse mesmo tópico – que os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental são assegurados independentes da idade.

Entretanto pode-se observar que em alguns espaços sócios ocupacionais, mesmo com a articulação existente entre tais marcos legais – ainda que sejam de forma muito sucinta – o cuidado ao indivíduo em sofrimento mental é reduzido apenas à questão do adoecimento sem agregar (ou agregando muito pouco) aspectos correlacionados ao processo de envelhecimento.

Dentro dessa lógica, cabe ratificar que um dos motivos que ocasiona essa desarticulação entre as políticas é a falta de discussões dentro das academias, pois as políticas são estudadas separadamente. Essa problemática na formação implica diretamente numa atuação profissional que analisará as demandas isoladamente e, ao deparar-se com situações que demandam a articulação entre as leis e as políticas, não saberá como atender. O desafio então é articular a formação profissional às políticas, na qual a saúde e a educação devem ser pensadas conjuntamente. Essa mudança poderá nortear o pensamento, o planejamento e a realização das ações de saúde. Assim sendo, tanto a política de saúde mental, quanto à política para idosos, serão desenvolvidas de forma articulada.

O tópico ora apresentado se debruçará em apontar, de forma objetiva, a relação do Serviço Social como um mediador da relação entre sofrimento mental, o processo de envelhecimento e a garantia de direitos desse público.

4 SERVIÇO SOCIAL E A PROTEÇÃO SOCIAL.

O exercício profissional do Assistente Social compromete-se com a defesa intransigente dos direitos humano, ampliação e consolidação da cidadania e se posiciona em favor da equidade e justiça social, bem como no empenho da eliminação de todas as formas de preconceito – como preconiza os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional.

Com base nesses princípios e nos demais conhecimentos sobre os direitos sociais assegurados pela legislação aos seus usuários – em análise os referentes à área de Saúde Mental e envelhecimento, aqui compreendidos como campos que estão diretamente associados as múltiplas expressões da Questão Social; como assistência, moradia, educação e trabalho – a intervenção do Serviço Social deve ser articulada com outras

categorias profissionais atuando numa perspectiva interdisciplinar e com a rede de proteção social de forma intersetorial para, assim, mediar a viabilização dos direitos sociais.

Nesse sentido, o profissional da área precisa buscar estratégias legais para garantir a defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental, bem como aquelas que estejam em processo de envelhecimento ou já idosos, dentre eles os assegurados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual afirma que

“Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição” (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, art. 2).

No mais, a atuação dos profissionais nesses campos também é pautada pela:

- Constituição Federal, a qual afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”;
- Legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) que reforça o ideal de saúde como um direito fundamental do ser humano e dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício;
- Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), as quais demarcam que a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado, uma Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas e asseguram o Benefício de Prestação Continuada (BPC) às pessoas com transtornos mentais e idosos acima dos 65 anos;
- Política Nacional de Humanização;
- Lei n.º 10.216/01 e Lei n.º 10.741/03 – Já discutidas no presente trabalho;
- Lei de Regulamentação, Projeto Ético Político e no Código de Ética da profissão, os quais postulam a defesa intransigente dos direitos humanos; a ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos; bem como o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais; e empenhar-se na eliminação de todas as formas de preconceito;
- Os Parâmetros de Atuação do Serviço Social do CFESS 2010, o qual ratifica os demais marcos legais.

Uma intervenção orientada por essa perspectiva teórico-política pressupõe, como apontado nos Parâmetros para a atuação profissional de Assistentes Sociais na Política de Saúde uma

“leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade

civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos” (CFESS, 2010)

Diante disso, cabe reiterar que o Serviço Social enquanto categoria profissional não resolverá sozinha todos os problemas que perpassam a maneira como os indivíduos com sofrimento mental e idosos são vistos e tratados na contemporaneidade. Nesse sentido, é necessária a interlocução com outros profissionais da área e da rede, tanto da saúde quanto da assistência; e, sobretudo, uma articulação com os movimentos sociais e organizações populares vinculados à luta pela consolidação e ampliação da democracia e dos direitos de cidadania.

5 NOTA CONCLUSVA

Tentou-se, ao longo do trabalho ora apresentado, analisar os marcos históricos e políticos no debate acerca da garantia de direitos da população com transtornos mentais, bem como, a relação destes com outras políticas públicas. Essa discussão teve como eixo norteador a busca de elementos teóricos e legais que possibilitassem o conhecimento e a compreensão da intersectorialidade na política de saúde mental brasileira, partindo da perspectiva da integralidade do cuidado, da atuação profissional e do trabalho em rede em saúde.

Logo, importou até aqui, reafirmar que com a emergência dos movimentos sociais no Brasil, surge em cena, por volta da década de 1970, a Reforma Psiquiátrica – baseada nos princípios da Reforma Sanitária, a qual almejava a saúde como direito e, assim, uma política pública – objetivando, como um dos seus principais focos, a conquista dos direitos sociais dos indivíduos com transtornos mentais. Diante das lutas sociais, foi regulamentada a Constituição Federal e subsequentemente a ela, diversas leis, portarias e políticas foram institucionalizadas para tornar os sujeitos que antes eram apenas alvos de caridade, em sujeitos de direitos.

Nesse sentido, foram demarcados momentos considerados cruciais que, através de movimentos coletivos, com atores diversos, alcançou-se a passos lentos garantias legais, expostas durante a análise aqui apresentada, mas que tem relação direta com uma estrutura social complexa para que haja a sua materialização.

Diante do exposto, cabe pontuar que, entre os marcos legais debatidos nesse trabalho, apenas a Portaria nº 3.088/11 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) faz referência em seu texto da palavra intersetorialidade, porém, todos os demais documentos tocam em pontos que constituem esse princípio, especialmente ao evidenciar a relevância da rede para o cuidado – pontos estes já debatidos no estudo. Dentro dessa lógica, é possível afirmar que há uma necessidade de compreender o debate sobre intersetorialidade para que seja possível reconhecer nas legislações.

Assim, afirmando que as Reformas Sanitária e Psiquiátrica ainda estão em curso, e corroborando com o pensamento de Monnerat e Souza (2014), bem como de Amarante (2012), reiteramos que discutir a intersetorialidade é repensar um modelo assistencial de cuidado, e mais, um modelo de sociabilidade. Esse processo requer mudanças e transformações em outras dimensões: seja na forma de pensar o princípio em sua dimensão epistemológica, na atuação profissional como forma de cuidado, no papel desenvolvido pela rede, nos aspectos legais que envolvem a discussão, bem como na discussão cultural que se tem sobre a loucura e que, evidentemente, interfere na efetividade de ações intersetoriais.

Dessa forma, reconhecendo as limitações analíticas desse estudo devido à extensão da legislação no campo da Saúde Mental Brasileira e políticas correlatas e, compreendendo o cenário político de mudanças e tensões que ameaçam as conquistas de direitos consolidadas a partir de 1988 com a CF – pois existe a necessidade de solidificar a rede, contudo, concomitantemente, há uma progressiva redução no financiamento para a saúde – é preciso demarcar que o princípio da intersetorialidade é, além de princípio, um posicionamento político imprescindível ao cumprimento dos serviços de saúde brasileiro, que deve ser exposto, sobretudo, em espaços de discussões coletivas nas diversas políticas sociais.

REFERÊNCIAS

Assembleia Geral da ONU. (1948). "Declaração Universal dos Direitos Humanos" (217 [III] A). Paris. Retirado de <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei Orgânica de Saúde**. Brasília, 1990.

_____. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental Congresso Nacional. Brasília, 2001.

_____. Lei nº 10741/2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília:DF, Outubro de 2003.

_____. Ministério da Justiça. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1998.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.662, de 1993 **Lei de Regulamentação da Profissão e Código de Ética Profissional**. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In **Serviço Social e Saúde**. / Ana Elizabete Mota [et al.], (ORGS). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2006.

KALACHE, Alexandre. Direitos das pessoas idosas. In **Direitos Humanos: percepções da opinião pública: análises de pesquisa nacional**. Organização Gustavo Venturi. – Brasília: Secretária de Direitos Humanos, 2010.

MIOTO, Regina Célia. **Estudos Socioeconômicos**. In: Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NUNES, Meire. **Desafios e perspectivas na velhice: a interpretação da Terceira Idade** In REVISTA PORTAL de informações, n 22, Ano II, jun. 2012: 6-17. ISSN 2178-3454.

Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília; 2010.

PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Organizado por Myriam Moraes de Barros. Reimpr. – Rio de Janeiro. Editora FGV, 2007.

RODRIGUES, Lizete de Souza; SOARES, Geraldo Antunes. **Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea**. Revista Ágora, Vitória, n.4, 2006, p.1-29.

SCHUTZ, Fernanda; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate**. Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 59-75, jan.-jun./2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. Sistemas de Proteção Social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais. In **Intersetorialidade na agenda das Políticas Sociais**. - Campinas, SP: Papel Social, 2014.