

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE SAÚDE**

**TATIANE VIEIRA MARTINS DE OLIVEIRA**

**SAÚDE INTEGRAL DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE  
VULNERABILIDADE: O DESAFIO DAS AÇÕES  
INTERSETORIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO  
DE FRANCISCO MORATO**

**SÃO PAULO**

**2023**

**TATIANE VIEIRA MARTINS DE OLIVEIRA**

**SAÚDE INTEGRAL DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE  
VULNERABILIDADE: O DESAFIO DAS AÇÕES  
INTERSETORIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA MUNICÍPIO DE  
FRANCISCO MORATO**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Instituto de Saúde, para  
obtenção do título de Especialista em Saúde  
Coletiva.**

**Orientador:** Prof<sup>ª</sup> Tereza Etsuko da Costa  
Rosa

**Coorientador:** Prof<sup>ª</sup> Maria Izabel Sanches  
Costa

**SÃO PAULO**

**2023**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Oliveira, Tatiane Vieira Martins de

Saúde integral da pessoa idosa em situação de vulnerabilidade: o desafio das ações intersetoriais na atenção básica município de Francisco Morato / Tatiane Vieira Mastins de Oliveira — São Paulo, 2023.

46 f.

Orientador (a): Profª Tereza Etsuko da Costa Rosa

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. População Idosa 2. Vulnerabilidade social 3. Intersetorialidade I. Rosa, Tereza Etsuko da Costa

CDD: 614

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu grande avô José Augusto Vieira (in memoriam), que me ensinou a amar o próximo acima de tudo.*

*À minha mãe que incentivou cada passo da minha formação.*

*A todos os usuários do Sistema Único de Saúde e a todos os participantes desta pesquisa.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus! E as Entidades que iluminaram o meu caminho durante essa trajetória!

À minha família! Principalmente minha mãe, a melhor, por me incentivar a cada nova jornada! Obrigada por tanto! Minha vó, por nos ensinar todos os dias o verdadeiro significado de força e resiliência! Estaremos aqui sempre por você, assim como sempre esteve por nós! À minha super irmã, por me ouvir pacientemente todos os dias. Nunca se esqueça: você é a minha pessoa!

Ao meu companheiro, que é parte dessa conquista. Por acreditar tanto no meu potencial e por nunca me deixar desistir. Obrigada por proteger todos os meus sonhos!

À minha amiga Luiza que foi quem me apresentou o IS, a pessoa que defendeu o SUS com tanto amor que despertou em mim a vontade de estudar saúde coletiva. Às amigas que fiz durante esse processo, Carol e Poli ainda vamos ter muitos motivos pra ir comemorar no bar! Vou sentir falta dos papos profundos e das fofocas.

As minhas orientadoras Prof Dr Tereza, pela sua facilidade e profundidade em falar sobre a velhice, seu olhar reflexivo contribuiu verdadeiramente para esse trabalho e para a minha vida profissional! A minha co-orientadora Prof Dr Bel pelo incentivo e empenho desde a escolha do tema até aqui. Agradeço-as! Esse trabalho é nosso!

Dedico este trabalho a todas as professoras do IS que me ensinaram tudo sobre a área da Saúde Coletiva! E a todos os funcionários que sempre nos trataram com tanta atenção e paciência.

Um agradecimento especial aos informantes dessa pesquisa, sem vocês nada disso seria possível! Agradeço ao município de Francisco Morato por abrirem as portas para este estudo.

E ao Instituto de Saúde pela sua luta diária, pela direito e acesso à saúde gratuita, integral, universal e com equidade!

Viva o SUS!

*“Viver é envelhecer, nada mais”.*

*Simone de Beauvoir*

Oliveira, Tatiane Vieira Martins. **Saúde integral da pessoa idosa em situação de vulnerabilidade: o desafio das ações intersetoriais na atenção básica município de Francisco Morato** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023.

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional é uma realidade brasileira, portanto, é de suma importância estudar os diversos contextos que a população envelhece e como podem influenciar na saúde. **Objetivo:** Identificar como se estabelece no território, a articulação entre a atenção básica e assistência social na atenção integral à saúde da pessoa idosa em situação de vulnerabilidade social no município de Francisco Morato- SP. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal de método quanti-qualitativo, realizado entre agosto e outubro de 2022, no município de Francisco Morato- SP. O estudo foi dividido em duas fases, na primeira foram aplicados aos doze gestores das USF um questionário fechado. Na segunda um gerente de USF e um do CRAS responderam um questionário semiestruturado. As entrevistas foram transcritas e realizou-se análise de conteúdo. Os dados quantitativos foram analisados por comparação entre frequências. **Resultados:** Verificamos que metade das USFs realizam registro diferencial para população idosa; porém a maioria não reconhece como grupo prioritário para consultas. Identificou-se pouca articulação entre os setores. **Conclusão:** Para atender a população idosa em situação de vulnerabilidade na sua integralidade é necessária uma rede que articule e dialogue entre si numa gestão horizontal do cuidado, sendo necessário definir protocolos.

**Palavras-chave:** *População Idosa; Vulnerabilidade Social; Intersetorialidade.*

## ABSTRACT

**Introduction:** Population aging is a Brazilian reality, therefore, it is of the utmost importance to study the different contexts in which the population ages and how they can influence health. **Objective:** To identify how the articulation between primary care and social assistance in the territory is established in the comprehensive health care of socially vulnerable elderly people in the municipality of Francisco Morato - SP. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional quantitative and qualitative study, carried out between August and October 2022, in the municipality of Francisco Morato - SP. The study was divided into two phases. In the first, a closed questionnaire was applied to the twelve USF (Family Health Care Unit) managers. In the second, a USF manager and one from CRAS answered a semi-structured questionnaire. The interviews were transcribed and content analysis was performed. Categorical data were analyzed by comparison between frequencies. **Results:** We verified that half of the USFs perform differential registration for the elderly population; however, most do not recognize it as a priority group for consultations. It identified little articulation between the sectors. **Conclusion:** To care for the elderly population in situations of vulnerability in its entirety, a network that articulates and dialogues with each other in a horizontal management of care is necessary, and it is necessary to define care protocols.

**Keywords:** Elderly Population, Social Vulnerability, Intersectoriality

## **Sumário**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Revisão da Literatura</b>	<b>11</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>17</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
<b>3.1. Objetivo geral</b>	<b>18</b>
<b>3.2. Objetivos específicos</b>	<b>18</b>
<b>4. ARTIGO</b>	<b>18</b>
<b>4.1. Introdução</b>	<b>18</b>
<b>4.2. Metodologia</b>	<b>20</b>
<b>4.3. Resultado e discussão</b>	<b>21</b>
<b>4.4. Conclusão</b>	<b>31</b>
<b>4.5. Referências</b>	<b>32</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>35</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>
<b>7. ANEXOS/APÊNDICES</b>	<b>41</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa inicia-se com a introdução, em que buscaremos preparar o leitor para a revisão da literatura que virá na sequência, a qual auxilia-o na compreensão do fenômeno estudado, apresentando os principais conceitos e trajetória histórica da construção teórica e científica. Dessa forma, elaborou-se a argumentação da apresentação através da justificativa.

O Brasil está em plena transição demográfica, esse fenômeno vem ocorrendo em diversos países, porém aqui de forma mais avançada quando comparado com outros países em desenvolvimento<sup>1</sup>. Considerando que vivemos num país muito desigual, é necessário estudar os diversos contextos em que a população está envelhecendo para realizar intervenções com o objetivo de diminuir as inequidades. Nesse sentido, idosos em contexto de vulnerabilidade social devem ser público-alvo de estudos de saúde coletiva, uma vez que a área permite um olhar ampliado de saúde, baseando-se nos determinantes sociais de saúde, pois considera todo o contexto que esse idoso vulnerável está inserido<sup>2,3</sup>.

O idoso em situação de vulnerabilidade social precisa de uma rede de cuidado e acompanhamento, nesse sentido, tem a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema de Assistência Social (SUAS) que juntos podem compor essa rede capaz de atuar na atenção integral da pessoa idosa. Dessa forma, faz-se necessário discutir o papel da intersetorialidade, visto que essa estratégia de atenção traz benefícios para o indivíduo, família e profissionais que compõem essa rede<sup>4,5</sup>.

Os objetivos deste estudo são entender como os serviços se organizam no atendimento em saúde de um público específico, para isso foi necessário entender de maneira ampliada como o SUS está organizado.

A presente pesquisa é parte do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (IS), vinculado à Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tem como “missão contribuir para a melhoria da pesquisa e do ensino, de modo a atender às necessidades de informação científica da comunidade de profissionais de saúde.” Tendo como uma das funções sociais formar profissionais e pesquisadores com aptidão em trabalhar com o setor público de saúde e de contribuir com a tomada de decisão do SUS. Com uma ação proposital para a construção de ensino-aprendizagem, o Instituto elaborou uma parceria com o município de Francisco Morato, iniciada em 2022.

A cidade está localizada na região metropolitana de São Paulo (SP), a cerca de 45 km da capital, possui características típicas de municípios periféricos, é o mais populoso da região norte da grande SP. Estima-se que a população atual seja de 179 mil habitantes. Segundo o ultimo censo o número de residentes idosos ultrapassa os 20 mil, representando mais de 10% da população geral<sup>6</sup>. Segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade 79% da população do município de FM está exposta a situação de média ou alta vulnerabilidade, sendo que 58% encontra-se em alta vulnerabilidade<sup>7</sup>.

Esta pesquisa faz parte da prática dos especializandos do Instituto de Saúde, que neste ano foi realizada em Francisco Morato, e está incluída na pesquisa maior intitulada “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato”.

### **1.1. Revisão da Literatura**

O envelhecimento populacional está relacionado à queda nas taxas de fecundidade, e consequentemente de natalidade, somado ao aumento da expectativa de vida e diminuição dos índices de mortalidade, essas alterações provocam duas mudanças importantes, diminuição populacional e alteração na estrutura etária, chamado assim de transição demográfica<sup>1</sup>. Dados demonstram o crescimento da população idosa no Brasil, em 1940 representavam 4,1% da população geral, em 2017 o número triplicou chegando a 13%, projeções para 2060 demonstram que eles representarão cerca de 30%, demonstrando um crescimento acelerado comparado a outros países em desenvolvimento<sup>1,8</sup>.

Ao mesmo tempo, houve modificações nos padrões de saúde do brasileiro, chamada de transição epidemiológica, que modificou o tempo de duração das patologias e causou alterações no perfil de morbimortalidade. Esta situação, em parte é justificada por alterações no modo de viver, de se alimentar, até mesmo pelas condições de vida, possibilitando maior acesso a saneamento básico e a serviços de saúde, com isso, as doenças infecciosas diminuíram, enquanto que as doenças crônicas não-transmissíveis aumentaram consideravelmente<sup>9</sup>.

Apesar das alterações nos padrões de saúde, há outros fatores que podem influenciar a saúde da população brasileira. Por se tratar de um país tropical, com vasta diversidade regional e altos índices de desigualdade que acarretam piores níveis de saúde na população,

que por sua vez acabam gerando pressão nos serviços de saúde, somado às dificuldades de um sistema de saúde que sofre constantemente com investimentos insuficientes, e acabam se deparando em algumas regiões com doenças crônicas, múltiplas e infecciosas simultaneamente<sup>10</sup>.

O termo saúde doença sofreu modificações ao longo do tempo, pois se projeta através das alterações da sociedade, por isso pode variar conforme a cultura de cada lugar e contexto histórico. O processo saúde-doença é “uma expressão usada para fazer referência a todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou população”, estão interligadas, sendo compreendidas como um processo devido ao seu desenvolvimento ao longo da vida, é multicausal, pois associa-se a uma rede de causalidades que envolvem diversos fatores (má alimentação, histórico familiar de doenças, inatividade física, escassez de recursos financeiros, entre outros)<sup>11,12</sup>.

Quando se trata do processo saúde-doença das pessoas idosas, geralmente são atribuídos significados negativos, cheio de estereótipos, sendo reduzida a fase das perdas progressivas de função do organismo. Quando na verdade o envelhecimento também um processo, a subjetividade está no entendimento, uma vez que a forma que você vive durante a vida ajuda a determinar como e em quais condições será a sua velhice. É um transcurso socialmente moldado que pode sofrer com interferências biológicas e econômicas ao longo da vida, que auxiliarão a determinar a saúde do indivíduo. Para tanto é importante entender a população idosa como grupo heterogêneo com uma diversidade biopsicossocial, portanto, e deve-se levar em consideração a multidimensionalidade da velhice, portanto ficando eminente a necessidade de ter uma olhar integral à saúde da população idosa<sup>13,14</sup>.

Nesse contexto, se caracteriza os determinantes sociais de saúde (DSS), uma vez que múltiplos fatores podem influenciar a saúde da população idosa. Para a Comissão Nacional os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) as DSS se referem a fatores sociais, econômicos, psicológicos, culturais, sociais, étnico-raciais e comportamentais que influenciam a ocorrência de patologias ou torna o indivíduo grupo de risco para o desenvolvimento de doenças<sup>15</sup>. Prado (2015)<sup>2</sup> enxerga a importância de compreender as DSS para possibilitar a identificação de estratégias para intervenção com o intuito de minimizar desigualdades dos indivíduos, possibilitando a melhora nas condições de saúde. É com base nesses pressupostos que a saúde coletiva se faz presente.

Paim e Almeida Filho (1998)<sup>16</sup> apontam a influência do desenvolvimento do campo da saúde coletiva mutuamente com os movimentos democráticos, principalmente o da reforma sanitária, isso se deu devido ao contexto histórico que o país estava passando. A reforma sanitária nasceu na luta contra a ditadura, em meados da década de 70, tendo como intuito a democratização da saúde, entendida como um amplo projeto social capaz de transformar a forma de pensar a saúde e o sistema de saúde brasileiro. Um grande marco desse movimento foi a conquista da VIII Conferência Nacional da Saúde realizada em 1986, que contou com a participação e protagonismo de diversos profissionais da saúde e da população, tendo como elementos centrais: "a ampliação do conceito de saúde, reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, criação do SUS, participação popular e constituição e ampliação do orçamento social"<sup>17</sup>.

No sentido de expansão do que significa saúde, emerge a saúde coletiva que possui um vínculo orgânico com a reforma sanitária brasileira, surge como ruptura da medicina preventivista, deixando de culpabilizar o indivíduo e ampliando o olhar para os DSS<sup>17</sup>. Souza (2014, p. 11)<sup>3</sup> define saúde coletiva como área do saber que tem como objeto “as necessidades sociais, compreendendo o processo saúde-doença, direcionando para a realidade estrutural da sociedade e através disso realizando ações de atenção à saúde simultaneamente técnicas e sociais”.

A saúde coletiva se fortalece nos preceitos organizacionais de vigilância, controle e práticas em saúde. Mas é no Programa de Saúde da Família (PSF) que suas orientações estão mais bem representadas, foi a partir desse programa que começou a focar na família como unidade de ação programática e não somente no indivíduo. Além disso, passou-se a considerar o território de abrangência como parte do atendimento. A Unidade de Saúde da Família (USF) faz parte dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), atualmente chamada de Atenção Básica (AB)<sup>18</sup>.

A AB é a provedora central do cuidado, pois se apresenta como o serviço de primeiro contato, sendo considerada a porta de entrada para o sistema de saúde, para tanto deve-se eliminar qualquer tipo de barreiras de entrada, seja pela localização geográfica, financeira, organizacional e cultural. É na UBS e USF que a maior parte dos atendimentos em saúde é realizada, para tratar afecções e resolver a maioria dos problemas de saúde, a ideia é garantir um atendimento longitudinal com alta resolutividade<sup>19</sup>.

A AB é nível prioritário devido às ações realizadas, além do acesso facilitado por estar presente no território, deve estar centrada para a comunidade, conhecendo as necessidades de saúde da população e suas características culturais como meio de garantir a comunicação. Em consenso, são reconhecidos os avanços da saúde brasileira através da AB, pois o acesso democrático ajudou a diminuir as desigualdades em saúde. Entende-se que a implementação correta da atenção básica é a garantia do alcance ao eixo estruturante de um desejado SUS universal, público e de qualidade<sup>20</sup>. A atuação da AB é indispensável para as ações de promoção e prevenção da saúde que ajudam no alcance do envelhecimento ativo e saudável<sup>18</sup>.

O atendimento em saúde da população idosa se dá na AB, portanto é importante que o serviço esteja organizado em pleno funcionamento para que seja capaz de atender as demandas dessa população. Além disso, é necessário que os profissionais de saúde entendam sobre o processo de envelhecimento e foquem o atendimento no indivíduo e não pela patologia que ele possa apresentar como ocorre na maioria dos casos, em que o foco no atendimento a saúde do idoso é voltado as doenças crônicas, ignorando os demais aspectos que o cercam. O atendimento na AB deve ser pautado no princípio da integralidade já que o processo de envelhecimento é multidimensional<sup>21</sup>.

Miranda et al. (2016)<sup>22</sup>, concluem que o envelhecimento engloba diversos contextos, e com isso deve-se realizar mais pesquisas com a população idosa nos diversos cenários de risco, principalmente em situação de vulnerabilidade. O termo vulnerabilidade é originário da área jurídica, era designado a pessoas ou grupos fragilizados política ou juridicamente, incapazes de proteger seus direitos à cidadania. Na saúde o termo foi introduzido por meio do movimento dos Direitos Humanos durante a epidemia de Aids na década de 90<sup>23</sup>.

Posteriormente, o termo ganhou cada vez mais espaço no campo da saúde, sendo amplamente discutido e recebendo diversas versões. Na saúde pública há um consenso e a definição mais utilizada é a de Ayres et al. (2009)<sup>23</sup>, que define vulnerabilidade como a exposição do indivíduo a chances de adoecimento por questões contextuais individuais e coletivas, que aumentam a susceptibilidade da pessoa adoecer, estando diretamente associado a menor disponibilidade de recursos em todos os aspectos.

O autor, acima mencionado, propõe três eixos interligados à definição: componente individual, social e pragmático. O primeiro, componente individual, associa-se à disponibilidade de informações que o indivíduo tem sobre determinado problema e a sua

capacidade de integrar as informações no seu repertório, e posteriormente transformar essas preocupações em práticas protetoras — o Componente Social soma-se ao individual, porém é importante reconhecer a capacidade de transformação que depende do ambiente, da escolarização, do potencial de romper barreiras políticas, jurídicas e sociais, de possuir recursos materiais e financeiros, e do poder de se libertar de coerções violentas; — o Componente Programático está associado a recursos sociais disponibilizados que possibilitam ao indivíduo de se proteger de modo efetivo e democrático, como meio de garantir a integralidade e bem-estar<sup>23</sup>.

Na área da assistência social, define-se vulnerabilidade na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (2004)<sup>24</sup>, e conclui que o termo é destinado a pessoas, população ou comunidade que:

“...vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). [...] com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social.” (BRASIL, 2004)<sup>24</sup>.

A PNAS explicou em seu texto que a vulnerabilidade se dá por diferentes situações, que podem acometer os sujeitos a qualquer momento da vida, podendo apresentar uma ou várias dessas demandas, e conclui que esse grupo será o público-alvo de suas ações<sup>25</sup>.

Considerando o vasto acervo de discussão acerca do tema, atualmente, a vulnerabilidade social tem sido a mais abordada, abrangendo diversas áreas, o significado está vinculado com o da PNAS. Alguns autores definem o termo como a dificuldade de acesso a políticas públicas e programas sociais, amplamente utilizado para caracterizar violações de direitos, por relações socioeconômicas, de gênero, geracionais, étnicas e geográficas<sup>26,27</sup>.

A vulnerabilidade social é multidimensional, ela pode afetar indivíduos, famílias e comunidades em diferentes âmbitos de bem-estar, de formas e intensidade diferentes. Está relacionada à capacidade de resposta do indivíduo a estímulos negativos, utilizando-se do seu repertório, proporcionado através do Estado, mercado e sociedade, nesse cenário, deixando eminente as desigualdades de oportunidades ofertadas<sup>28,29</sup>.

Dessa forma, para os propósitos deste trabalho a definição de vulnerabilidade social fundamentará a pesquisa, pois quando associada a velhice, público central da presente pesquisa, nota-se que as modificações biopsicossociais podem deixar o indivíduo suscetível a efeitos adversos, podendo causar danos ao seu bem-estar, principalmente quando somada aos determinantes sociais da saúde<sup>30,31</sup>. No entanto, é válido ressaltar que nem todo idoso em situação social desfavorecida terão sempre piores condições de saúde, alguns idosos conseguem enfrentar as adversidades e se fortalecer criando uma reserva<sup>32</sup>.

Foi somente na Constituição Federal de 1988 que muitos dos nossos direitos foram garantidos, como exemplo o direito à saúde e assistência social, tornando-se responsabilidade do Estado. Ocorreu o mesmo com a seguridade social em que apenas a partir da CF que passou a ser definida como política pública de proteção social. A seguridade engloba três grandes setores: previdência, saúde e assistência<sup>33</sup>. Dentre esses, a assistência foi quem teve um desenvolvimento mais lento, apesar de já estar em operação, seu desenvolvimento igualitário a nível nacional ocorreu somente em 2004 com a criação da PNAS, que busca estabelecer atendimento universal visando aos cidadãos em situação de risco e/ou vulnerabilidade a garantia de acesso aos seus direitos<sup>24</sup>.

Apoiado na PNAS nasce o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que se organiza de maneira parecida com o SUS, de maneira geral o SUAS está disposto em dois planos: o de proteção social básica e o de proteção social especial. A proteção básica está direcionada à prevenção, por isso requer enfoque nas potencialidades de desenvolvimento e nos vínculos familiares e com a comunidade, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é o serviço que corresponde a esse nível de proteção. Já a proteção social especial refere-se a indivíduos ou famílias em situação de risco pessoal ou social, sendo englobado situação de abandono, maus-tratos de qualquer natureza, uso de substâncias químicas, situação de rua, trabalho infantil entre outros, e dentro desse âmbito se encontra como serviço de orientação o Centro de Referência Especial de Assistência Social (CREAS)<sup>4</sup>.

Assumindo a CF, cresce a demanda por ações pautadas pela intersetorialidade para a garantia de um atendimento integral, apesar da grande dificuldade de executá-las, não é segredo para nenhum sistema ou serviço a sua potencialidade. Entende-se que a intersetorialidade além de ser uma maneira de superar problemas, ela serve como meio de evitar, planejar, executar e controlar situações. Garcia et al. (2014)<sup>5</sup> define intersetorialidade como:

(...) a integração de diversos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços sociais que contribuem nas decisões de processos administrativos para o enfrentamento de problemas complexos, com ações voltadas aos interesses coletivos que melhoram a eficiência da gestão política e dos serviços prestados (GARCIA et al., 2014)<sup>5</sup>.

Logo, desenvolver ações intersetoriais envolve atuar com diferentes profissionais e serviços que em conjunto criam estratégias através da soma de conhecimentos que possibilita resultados mais efetivos às necessidades da população. É a clareza de que a soma de capacidades e áreas extrapola o atendimento pontual e alcança a superação de agravos.

Para o SUS, o papel da intersetorialidade aponta para a conquista de um dos seus princípios: a integralidade. Em casos de situação de vulnerabilidade, entende-se a necessidade de não se limitar somente ao biológico, deve-se somar com social, ambiental e financeiro, nesse sentido evidenciando a necessidade da relação intersetorial com a introdução do SUAS, centrando na horizontalidade das ações e relações entre os meios e membros que compõe<sup>4</sup>.

## **2. JUSTIFICATIVA**

As questões que envolvem a população em situação de vulnerabilidade são multicausais e multidependentes, apresentando demandas biopsicossociais e, para atendê-las, necessitam de diversos olhares e escutas. No entanto, o que se tem hoje é a fragmentação do atendimento, em que cada especialidade foca na sua área de atenção/assistência. O trabalho em rede pretende superar esse fato buscando a reciprocidade entre os atores envolvidos, a soma dos olhares, saberes e iniciativas.

Trata-se de uma inovação de gestão pública, portanto, os documentos oficiais pouco ou não abordam a temática. Atualmente, dentro da formação profissional e algumas pesquisas defendem a importância dessa relação intersetorial, os estudos não se obstem a método, muito pelo contrário é previsto pelos pesquisadores inúmeras vantagens dessa articulação. Diante dessa realidade, o presente estudo visa discutir a existência ou a falta de iniciativa de articulação entre os setores diante das necessidades da população idosa em situação de vulnerabilidade social.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Identificar como se estabelece no território, a articulação entre a atenção básica e assistência social na atenção integral à saúde da pessoa idosa em situação de vulnerabilidade social no município de Francisco Morato- SP.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- 1) Descrever a organização do atendimento a população idosa por meio do ICAB;
- 2) Identificar iniciativas de gestores da saúde diante das necessidades da população idosa em situação de vulnerabilidade social;
- 3) Identificar as iniciativas de gestores da assistência social diante das necessidades da população idosa em situação de vulnerabilidade social;
- 4) Identificar como se dá a articulação entre a AB e CRAS no território.

### **4 ARTIGO**

#### **4.1 Introdução**

O Brasil está em plena transição demográfica, que vem ocorrendo de maneira acelerada quando comparada com outros países em desenvolvimento, trata-se de um fenômeno mundial explicado pela queda acentuada das taxas de fecundidade, de natalidade e de mortalidade, que, acompanhados do aumento da expectativa de vida, resulta em elevação da proporção de pessoas idosas na população<sup>1</sup>. Considerando que vivemos num país muito desigual é necessário estudar os diversos contextos em que a população está envelhecendo, fomentando a área com dados científicos com o intuito de prever, planejar e realizar intervenções com o objetivo de diminuir as inequidades, buscando garantir uma velhice saudável e com qualidade de vida<sup>2</sup>.

Nesse sentido, devem ser feitos estudos sobre o contexto de idosos que envelhecem em situação de vulnerabilidade social, visto que a soma de vulnerabilidade pode afetar o indivíduo no âmbito biopsicossocial. A área da saúde coletiva tem potencial para ajudar na prevenção de agravos, uma vez que permite um olhar ampliado do significado de saúde,

entendo-a como um processo contínuo, que está associado a uma rede de causalidades que variam desde a alimentação, histórico familiar até escassez de recursos financeiros. Esses fatores envolvidos baseiam-se nos determinantes sociais de saúde, pois considera todo o contexto que esse idoso vulnerável está inserido e como esse ambiente pode afetar a sua saúde<sup>3,4</sup>.

A vulnerabilidade é multidimensional, é definida como a exposição do indivíduo a chances de adoecimento por questões contextuais, individuais e coletivas, que aumentam a susceptibilidade da pessoa adoecer, estando diretamente associado à menor disponibilidade de recursos em todos os aspectos<sup>5</sup>. Portanto, o idoso em situação de vulnerabilidade social precisa de uma rede de cuidado e acompanhamento que considere a sua integralidade.

Desde a instituição do Estatuto da Pessoa Idosa o Ministério da Saúde vem fazendo diversos esforços através da criação de Cartilhas, decretos e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), se propondo a criar protocolos de atendimento para atender as demandas dessa população<sup>6,7</sup>. Bem como ao longo da trajetória, o SUAS vem definindo seu papel com ações programáticas voltadas à população idosa.

Considerando a necessidade de ações em todos os campos que promovam e protejam o envelhecimento saudável é necessário discutir o papel da intersetorialidade, visto que o atendimento integral a pessoa idosa é necessariamente intersetorial. Algumas questões que comprometem a autonomia da pessoa idosa apontam a necessidade de uma relação mais estreita entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema de Assistência Social (SUAS)<sup>8,9,10</sup>. A articulação parte da concepção de trabalho conjunto entre os setores, composto fundamentalmente pelo diálogo entre os serviços de saúde e os demais equipamentos que possam compor essa rede de proteção à população idosa.

Tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) papel primordial, pois é nesse nível de atenção que deve ocorrer a gestão dessa rede, é ela quem está mais próxima por estar presente no território. Essa proximidade auxilia no campo do planejamento de ações, pois é através do território que se avaliam as necessidades e a viabilidade de intervenções, principalmente quando se trata de ações voltadas para grupos ou comunidades<sup>10</sup>.

Com base nesses conceitos discutidos, o presente estudo objetivou identificar como se estabelece no território, a articulação entre a atenção básica e assistência social na atenção integral à saúde da pessoa idosa em situação de vulnerabilidade social no município de Francisco Morato- SP.

## 4.2 Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, realizada nas USFs do Município de Francisco Morato- SP. A presente pesquisa foi dividida em dois momentos de coleta de dados – no primeiro teve como público-alvo gestores de doze das treze unidades de saúde da família do município. A décima terceira USF havia sido inaugurada há pouco tempo, portanto estava em fase de organização, logo não teria dados suficientes para responder às questões do questionário, por isso ficou fora do levantamento. Foi realizado um levantamento situacional dos serviços de atenção básica do SUS, por meio de um questionário denominado ICAB (Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica), no presente trabalho foi utilizada a “seção *Saúde do Idoso*”, que está apresentada no Módulo 6, composta por 12 questões, que incluem existência de registro diferencial, busca ativa, comorbidades mais comuns, atendimento a pessoas idosas e promoção de saúde da população idosa (Apêndice I). A partir dos resultados prévios do ICAB foi identificada a necessidade de abordar a questão da vulnerabilidade social e dada a familiaridade pessoal com a temática, o tema foi escolhido para o presente trabalho.

Para contemplação dos pressupostos dessa pesquisa foram criados dois questionários semiestruturados, sendo um direcionado à AB e outro ao CRAS. O primeiro composto por 12 perguntas, dividido em duas sessões: Caracterização de demandas da unidade e Articulação intersetorial. O segundo contém 17 perguntas sobre Caracterização da unidade; Articulação intersetorial e violência contra a pessoa idosa (Apêndice II).

Foram entrevistados dois profissionais de equipamentos distintos, sendo um gerente de USF e uma assistente social do CRAS. A priori deveriam ser entrevistados dois gerentes, porém devido a incompatibilidade de agenda, a gerente do CRAS participou em poucos momentos da entrevista. Também havia a intenção de entrevistar o presidente do Conselho Municipal do Idoso (CMI), no entanto não foi possível contatá-lo, ou componentes do Conselho, em tempo hábil para a consecução deste trabalho.

O estudo não foi randomizado, foi intencional, na medida em que foi solicitado à gestão a indicação de uma ou mais unidades que atendessem expressivo número de pessoas idosas em seus territórios.

Os dados quantitativos foram obtidos pela aplicação do ICAB, essas informações foram inicialmente digitadas em uma planilha de dados do programa Microsoft Excel. Os

dados categóricos foram analisados por comparação entre frequências. Já os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas do questionário semiestruturado que ocorreram em outubro de 2022 e foram gravadas e transcritas na íntegra.

Os dados qualitativos obtidos foram apreciados através da análise de conteúdo, por meio das seguintes etapas: leitura das respostas, identificação dos sentidos, agrupamento, categorização, interpretação buscando a compreensão dos discursos extraíndo os aspectos relevantes para a pesquisa<sup>11</sup>. Segundo Minayo (2012)<sup>12</sup>:

“O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (MINAYO, 2012)”<sup>12</sup>.

Na Saúde, a pesquisa qualitativa possibilita entendimento do desenvolvimento do sistema de saúde, pois carrega uma visão científica sobre fenômenos humanos e sociais, auxiliando na compreensão da sua totalidade e intensidade, mesmo diante de fenômenos complexos.

A pesquisa de método misto tem a capacidade de apresentar e explicar dados, por meio da história, de apresentar indicadores, tendências e traz uma sensibilidade que ajuda a construir modelos que possam ser aplicados na prática<sup>13,14</sup>.

O projeto foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) sob o parecer nº 5.361.673. Todos os procedimentos de pesquisa foram realizados de acordo com as normativas da Resolução 466/2012, 510/2016 e 580/2018 (Apêndice III).

## **4.3 Resultados e Discussão**

### **Descrição da USF no atendimento a pessoa idosa**

Os dados do ICAB concederam informações sobre como está o SUS no município de Francisco Morato - SP, para isso todas as USFs da cidade responderam ao questionário, totalizando 12, na maioria delas o gestor foi o informante. Em casos em que o gestor estava de

férias ou havia alguma incompatibilidade de agenda, o informante foi outro profissional, em geral, foram os enfermeiros da assistência. O ICAB, entre outras abordagens, nos dá a percepção de como ocorre o atendimento da pessoa idosa no SUS. Na sequência os dados qualitativos serão apresentados.

Identificamos que metade 6 (50%) realiza registro diferencial para a população com 60 anos ou mais; 9 (75%) relata existir prioridade no atendimento a pessoa idosa, porém somente 5 (41,7%) das unidades utilizam um protocolo específico de atendimento ao idoso; assim como a grande maioria 10 (83,3%) expôs não existir frequência diferenciada de consultas para a população idosa. Conforme o Estatuto da Pessoa Idosa<sup>6</sup> regido pela Lei nº 10741/03, foi conferido o atendimento prioritário a população idosa, no entanto nem todas as unidades estão de acordo com a legislação vigente. Da mesma forma, de acordo com Política Nacional de Saúde da População Idosa<sup>7</sup>, lei nº 2528/06, preconiza-se a criação de protocolos de atendimento à pessoa idosa no SUS. Porém não ocorre em todas as USF do município, assim como, é previsível, na maioria das unidades de AB em todo o território nacional.

Outra questão abordada foi se existe busca ativa no território da população 60+ e 7 (58,3%) relata não realizar, essa busca é uma das atribuições da APS, pois considera-se que ela traz elementos para o planejamento de intervenção, proteção e promoção da saúde. O Ministério da Saúde disponibilizou uma cartilha em que aborda o tema, neste documento ele define o objetivo da busca ativa, quais profissionais podem realizar, qual a relevância dessa ação e alguns protocolos a serem seguidos dependendo dos casos encontrados<sup>15</sup>.

Quando questionados quais grupos priorizam na visita domiciliar, 37,5% relataram serem os acamados, 25%, os restritos ao lar, 18,5%, pessoas com situações agudas; 15,6%, pessoas com doenças crônicas e 2%, pessoas em uso de oxigênio. Dentre as funções da USF a visita domiciliar é uma das mais importantes, pois é um dos pontos chave que diferencia das UBSs tradicionais. Segundo a PNAB todas as famílias cadastradas devem receber visita domiciliar, o critério de vulnerabilidade é válido para identificar famílias que precisam de uma frequência maior de visitas<sup>16</sup>. Ainda sobre o território, 7 (58,3) negaram existir Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) na região de abrangência da unidade.

Dentre as comorbidades mais comuns que emergiu na fala de todos os gestores em primeiro lugar a diabetes e hipertensão, embora comum, não sejam as únicas, outras patologias ficaram evidentes, demonstrando que o idoso pode apresentar outras demandas

para além da abordagem de doenças crônicas, que serão apresentados na sequência em ordem de relevância, iniciando pelas mais citadas: transtorno mental, perdas sensoriais, demência, desidratação, sequelas de AVC e acamados. Para tanto é necessário garantir o atendimento integral à pessoa idosa compreendendo a multidimensionalidade da velhice<sup>7</sup>.

Em caso de identificação ou suspeita de violência contra a pessoa idosa, 10 (83,3%) notificam os órgãos responsáveis. O Estatuto da Pessoa Idosa determina que em caso de suspeita ou confirmação de violência praticada contra a pessoa idosa deve ser comunicado à autoridade policial. O papel da Saúde nessa situação é acolher, cuidar e acionar a rede de proteção<sup>6</sup>.

Desse modo, temos que metade das unidades não realiza nenhuma ação de promoção da saúde, 3 (25%) realizavam, porém suspenderam devido a pandemia, das 4 (33,3%) que realizam, 3 (25%) delas abordam a temática de orientação saudável; 1 (8,3%) de atividade física. A realização de atividades em grupo é de suma importância e faz parte da organização da atenção básica, pois permite auxiliar no controle de doenças, na prevenção e promoção de saúde, por meio de discussões coletivas, de mudança de hábito<sup>16</sup>. O gestor da USF que respondeu ao questionário semiestruturado compreende a relevância da realização de grupos e o seu papel e das ACS dentro do SUS:

*“Eu criei grupos de saúde (...) hoje a gente monta um cronograma onde todos participam de tudo, não existe o grupo de saúde da área 9, gente vai ter o grupo de saúde da mulher e todos estão convidados (...) eu tento instigar neles o trabalho do ACS, que é promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, é o básico.”*

Assim, vemos que as USF se organizam em nível territorial, cada unidade é responsável por uma área e deve cobri-la, no entanto é comum se deparar com unidades atendendo acima da sua capacidade, ou com áreas descobertas devido ao crescimento populacional dentro do território, como é o caso da unidade de saúde:

*“Nós temos 24 áreas, três estão descobertas (...) é muito necessário que se faça uma redistribuição do mapa, o mapa sempre muda, e a gente pode perceber até nas microáreas, que elas ficaram bastante desbalanceadas. Temos muitas áreas menores, e outras que o ACS tem que correr contra o tempo. E aí a gente faz o SUS do que jeito que pode né. Mas não é na qualidade que o usuário merece.”*

A última frase trata-se de uma reflexão do gestor, que sabe que mesmo com tamanho esforço a equipe não consegue ofertar um atendimento a população conforme descrito nas normas. O gerente relata faltar um apoio técnico por meio do matriciamento:

*“A gente precisaria de mais projetos, de mais parceria e matriciamentos. Hoje o município tem um matriciamento que desenvolve com a Santa Casa, onde houve o pré-natal de alto risco. Eu espero que desenvolva para outras áreas, seria importante expandir para outros eixos.”*

O apoio matricial é considerado um novo modo de produzir saúde, por meio da construção compartilhada de duas ou mais equipes que criam uma proposta de intervenção pedagógica - terapêutica. O matriciamento tem se mostrado muito eficaz e com intencionalidades de ampliação na atenção básica, no entanto, essa importante ação não ocorre no município, mesmo já estando consolidada no SUS a importância do matriciamento. Dentre as dificuldades está a falta de profissionais, a inexistência de equipe multiprofissional no município e também o desfalque na equipe de assistência das USFs, sendo evidenciada na fala do gerente, que aponta uma piora com a mudança de Governo e consequentemente de programa:

*“Antigamente, quando existia saúde com os Mais Médicos, que todos os territórios tinham enfermeiros, médicos, saúde da família, tinha carros e tinha motoristas.”*

Essa fala traz a sensação de retrocesso, de um Sistema Único de Saúde atualmente desestruturado, subfinanciado e com menores investimentos na rede de atenção básica e isso se deve pelas mudanças nas políticas de financiamento. A começar pela aprovação da PEC 241 de 2016, projeto que tramitou no senado, que propôs o congelamento dos investimentos em saúde durante 20 anos, com sua aprovação passou a ser chamada de emenda 95 e com ela foi imposto o teto dos gastos em saúde e educação baseada no ano de 2017. Segundo, as projeções demonstram que em nove anos a saúde perderá cerca de 20% do PIB e em 20 anos considerando o crescimento populacional a receita seria diminuída em 37,5%. O gestor demonstra essa dificuldade quando fala sobre o Previn Brasil imposto pelo Governo Federal através da Portaria nº 2.979 de 2019, cujo programa estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde<sup>17</sup>:

*“Eu estou bastante receoso com o Previn Brasil, queria até sugestão acadêmica, porque tá difícil, porque eu não sei pra que serve o Previn Brasil. Eu estou sentindo que nós não estamos alcançando esses indicadores, parece que nós não conseguimos alcançar e acabamos ficando frustrados (...) dá impressão que foi feito para não alcançarmos.”*

Como se sentisse acuado por um sistema que deveria auxiliá-lo, no entanto só trouxe mais dificuldades a ponto de se sentir frustrado e pedir ajuda acadêmica para compreender se ele e a equipe estão executando o papel corretamente.

## **Descrição do CRAS no atendimento a pessoa idosa**

Em relação à assistência, o município conta com cinco unidades do CRAS disponibilizadas estrategicamente em pontos distintos na cidade e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). O CRAS tem por objetivo atender famílias em situação de vulnerabilidade que necessitem de auxílio social.

Como meio de entender como se organiza o CRAS no atendimento à população idosa foi entrevistada uma gerente em conjunto com uma assistente social de um CRAS do município. Em tese, foram feitas perguntas para entender a organização geral da instituição e dos atendimentos e identificamos que assim como na USF o CRAS trabalha com alta demanda, fazendo uma cobertura superior ao o que é esperado, exemplificado por meio desta fala:

*“São 21 bairros (...) não sei exatamente o número de pessoas que atendemos, mas a quantidade de famílias referenciadas para esse CRAS é 9258 famílias (...) tudo isso para 11 funcionários, sendo apenas 1 técnica, somente eu assistente social em meio período. Esse CRAS tem o maior território, mas infelizmente o número de funcionários é inferior. Espero que mude. Pois o trabalho não pode parar.”*

Na fala da assistente social é possível identificar a defasagem no quadro de funcionários, não estando de acordo com a NOB- SUAS, que preconiza no mínimo dois técnicos por unidade, sendo um assistente social e um psicólogo, mas para esse porte de território com mais de nove mil famílias, o número de profissionais estipulado é oito, sendo quatro técnicos e quatro de nível médio<sup>18</sup>.

A assistente social conhece as normativas preconizadas pela NOB, porém ela identifica que devido a falta de RH o serviço é afetado diretamente e com isso ela não consegue realizar todas as atividades previstas para um CRAS. Os grupos mais afetados são os idosos, crianças e mulheres, conforme expresso na seguinte fala:

*“Precisamos de mais equipe, bem mais técnicos. Na NOB RH SUAS tá lá e aqui deveria ter 4 ou 5 técnicos, eu acho que com esse numero de nível superior a gente consegue fazer tudo que a gente precisa fazer (...) tá previsto pra fazer o serviço de convivência, mas eu não consigo. Esse serviço ele separa bem faixas etárias, e aí tem o grupo só de idosos, então eu acho que o grupo acontecendo a gente vai ter muito mais dados, vai ficar muito mais próximo da população.”*

Os grupos de convivência são parte das ações obrigatórias do CRAS, porém no município de Francisco Morato não tem ocorrido, está na orientação da técnica do CRAS a

realização de grupos de convivência, principalmente entre famílias como meio de fortalecer os vínculos<sup>18</sup>.

A profissional do CRAS relatou sentir falta da supervisão, ela confessa sentir falta desse respaldo nas ações cotidianas:

*“Não ter um supervisor, isso me deixou muito assustada, porque é aquela pessoa que não tá tão contaminado com o cotidiano e consegue pensar ali para além das questões do cotidiano e isso não tem na assistência.”*

Foi perguntado se havia algum sistema de informação de registro de perfil dos casos atendidos ou de mapeamento – a resposta foi não, no SUAS ainda não é feito um mapeamento dessa forma, tão pouco o perfil é traçado diferenciando faixa etária, sexo e etc.; na verdade é dividido por demandas:

*“Não. O perfil que a gente trabalha aqui, é um perfil mais da assistência, se é bpc, se está em vulnerabilidade, se a família demanda algum atendimento. A gente não vai ter assim de gênero ou idade, esse perfil a gente não tem. Só existe um controle dos atendimentos desse jeito que falei que é da unidade.”*

Dentre as demandas do CRAS está o risco e a vulnerabilidade conforme descrito na PNAS esse é o público-alvo de suas ações.

### **Classificação de vulnerabilidade social**

Dentre os casos mais atendidos pelo CRAS estão as buscas pelos programas de transferência de renda, o bolsa família, o BPC, auxílio gás, etc. Em relação aos idosos, além da procura por BPC e casos de abandono e negligência, que emergiram quando foi questionado se elas identificam casos de idosos em situação de vulnerabilidade, se sim quais vulnerabilidades:

*“Caso de isolamento, negligência e abandono, maus-tratos não, é mais casos de isolamento principalmente, se o idoso tem algum tipo de deficiência aí piora ainda mais essa questão do isolamento, muitos idosos buscam aqui no CRAS ou quando a gente vai até a casa deles, eles relatam muito a questão da solidão, a dificuldade de conseguir o contato com os filhos, filhos que muitas vezes até moram aqui no município, mas que mesmo assim não vão visita-los ou não ajudam, esse é o maior relato dos idosos.”*

Já a USF diz que a identificação da vulnerabilidade alinha-se ao trabalho das Agentes Comunitárias (ACs), pois são elas que identificam os casos, porém o gerente relata não se

sentir capacitado para intervir em todos os tipos de vulnerabilidades e prefere encaminhar, como exemplificado nessa fala:

*“Inclusive os ACS fazem um trabalho muito bom de acionar as equipes de enfermeiros e gerente, e eles fazem relatórios até, ajudam na contribuição desses relatórios, e aí nós pedimos bastante ajuda para o CRAS, pois geralmente envolve o posto e o CRAS, aí a gente trabalha algumas vulnerabilidades ao nosso alcance, aí então decidimos em conjunto para acionar o CREAS ou Conselho do Idoso.”*

Em 2013 o Ministério da Saúde propôs auxiliar a AB a classificar risco e vulnerabilidade e orienta sobre qual a intervenção realizar e o tempo em que deve ocorrer. Esse documento cita que o acolhimento é a primeira fase e deve ser realizado minuciosamente com uma escuta qualificada, em alguns casos com competência técnica, sensibilidade e bom senso. Outro ponto chave é compreender que a vulnerabilidade extrapola os aspectos biológicos, por isso outros fatores devem ser incluídos no plano de cuidado. E propõe a utilização de protocolos para estratificação de vulnerabilidade, apontando grande potencial dessas escalas que contem critérios que ajudam na padronização<sup>19</sup>. Apesar desse potencial da AB em identificar e intervir nos casos de vulnerabilidade, o que ocorre muitas vezes e conforme a fala do gerente da USF são os encaminhamentos para o CRAS, CREAS ou CMI.

Mesmo diante da amplitude do significado de vulnerabilidade e do conhecimento do CRAS sobre o assunto, as intervenções são limitadas, além dos programas de transferências, outra medida tomada é a doação de cestas básicas, que se restringe a indivíduos ou famílias em situação grave de insegurança alimentar. Assim vemos que num determinado momento a assistente social fala sobre os encaminhamentos que chegam da saúde apontando vulnerabilidade, no entanto, para a profissional do CRAS esses casos não se encaixam nos critérios e por isso não recebem o atendimento solicitado no encaminhamento.

*(...) “quando gente vê esse idoso está recebendo o BPC, e só tá querendo uma cesta básica, está em situação de insegurança leve. Tem que ser mais explicadinho, quem tem direito a cesta básica, realmente a saúde não entende muito, e até alguns setores da nossa pasta (...) tá pautado em lei nas diretrizes de insegurança alimentar, aparece os níveis e tal, mas não tem uma lei que pautasse assim a cesta básica é em caso de insegurança alimentar moderada e grave, não existe isso, a gente usa esse critério porque a gente não tem cesta básica pra todo mundo, então a gente tem que pautar naquelas pessoas que estão mais vulneráveis ainda. A insegurança alimentar leve acaba não entrando, não tem insumos suficientes para atingir aquela população”.*

Observa-se que o indivíduo idoso que se encontra em situação de insegurança alimentar leve ou moderada não se encaixa no critério de elegibilidade da cesta básica, logo

temos que ele não está sendo assistido na sua integralidade, pois não ocorre outra intervenção para diminuir essa vulnerabilidade. Nesse caso, vemos a importância do cumprimento da Constituição Federal e do Estatuto da Pessoa Idosa na obrigatoriedade do papel da família, da comunidade, da sociedade e do poder público em assegurar à pessoa idosa, colocando-a como uma das prioridades de efetivação do direito à alimentação<sup>6</sup>.

## **Violência**

Dentre os casos de vulnerabilidade emergiram diversas ocorrências de violência contra a pessoa idosa, sendo assim considerada uma subcategoria. Vemos na fala do profissional do CRAS, diversas situações que surgem na unidade, sendo eles: financeira, psicológica, social e até mesmo física. Dentre os autores a maioria se trata de filhos dependentes químicos. Como exemplo a fala da entrevistada 1:

*“Esse caso era física, me marcou bastante, mas no geral é bem essa questão de um filho que tem alguma questão, usuário de substância que fica alterado e aí ameaça o idoso ou a idosa, esses relatos eu já escutei bastante, eu oriento a fazer o boletim de ocorrência, mas eles nunca querem porque é o próprio filho. Ou também o que a gente vê muito é violência contra a mulher e aí a gente vê o cônjuge, e aí a gente fica naquela violência contra o idoso e violência contra mulher também.”*

Além da violência praticada pelos filhos, existem os casos de violência domiciliar cometidas pelos cônjuges. Nesses casos, a entrevistada, em alguma medida questiona se trata-se de uma violência contra a pessoa idosa ou contra mulher, então ela entende se tratar das duas. De maneira geral sim, já que essa mulher está na fase da velhice, no entanto, sabemos que essa violência feita pelo cônjuge trata-se de uma violência de gênero, então o ato ocorre por ela ser mulher e não por ser idosa.

A maioria dos casos de violência (com exceção de violência física) chega até a instituição por meio do próprio idoso que durante uma consulta verbaliza a situação do abandono. Já os casos de violência física, às vezes são identificados pelos profissionais, mas na maioria dos casos vem pelo Disque Denúncia, órgão que recebe essas ligações e depois repassa as informações ao município para averiguação do caso, no entanto, eles geralmente entram em contato com o CRAS.

*“Tem sido bem polêmico, a gente recebe e-mail institucional, todos nós da assistência já entramos num consenso e falamos com a gestão, porque a gente entende que por estar na básica, a gente não tem cunho investigativo, vem como um boletim de ocorrência, dizendo que temos que ir fazer uma visita investigativa (...)”*

*nosso papel é preventivo. Ainda não temos uma devolutiva, mas tá na pauta para discutirmos isso com a gestão.”*

Os profissionais entendem que essa demanda deveria ser encaminhada para o CREAS uma vez que ele é capacitado para atender os idosos que já tiveram seus direitos corrompidos, como é o caso, além de terem acesso e apoio da promotoria, tendo mais possibilidades de intervir na situação de maneira eficiente.

A violência se configura como um grave problema de saúde pública e para esse enfrentamento deve-se criar uma rede articulada de ações de proteção à pessoa idosa. Sendo necessário realizar capacitação dos profissionais da rede de saúde e de assistência para agirem com eficiência na identificação, enfrentamento e acompanhamento dos casos de violência contra a pessoa idosa<sup>20</sup>.

### **Articulações entre setores**

No início do estudo, a intenção era identificar as articulações entre o sistema único de saúde e a assistência social, no caso a USF e o CRAS. Primeiramente, é necessário compreender a estrutura dos dois equipamentos. É possível observar por meio dos resultados anteriores que ambos equipamentos sofrem com alta demanda de atendimento a ponto de algumas intervenções não serem realizadas conforme as normativas. Há também a falta de profissionais técnicos e de equipe multiprofissional o que impossibilita o funcionamento adequado dos dois equipamentos.

Quando perguntamos: já houve situações de idosos em situação de vulnerabilidade social que eles precisaram da assistência social para atender o idoso? Qual foi o critério para essa decisão? A palavra utilizada pelo gerente da USF é “acionar”:

*“A gente vê conforme o que está atingindo o idoso, e de que forma né, se a gente vê que é uma questão de prevenção social, acionamos o CRAS, se a gente vê que foi corrompido questões sociais, uma vulnerabilidade que precisa ser reajustada, acionamos o CREAS. Mas geralmente sempre ocorre que a gente sempre se socorre pelo CRAS, porque o CRAS ele é aqui perto, virando aqui à esquerda, na próxima rua.”*

Conforme o MS, os profissionais de saúde não só devem atender como devem realizar a estratificação de vulnerabilidade, o planejamento da intervenção e o acompanhamento. No entanto, deveria ocorrer uma articulação entre os serviços, mas sendo a USF a regente dessa ação. Com uma análise mais detalhada das entrevistas, notou-se que há uma dificuldade nessa

articulação, tanto o profissional da saúde quanto da assistência social relatam que a depender do caso eles encaminham para outros setores, então para melhor compreensão foi perguntado ao gerente da unidade se após o encaminhamento é dada continuidade no atendimento, se participam das decisões além de acompanhar, e o gerente da USF relatou que:

*“Temos uma parceria, a gente tem um conjunto de e-mails que vai copiando o outro, pra ir atualizando um ao outro (...) vou direcionando os e-mails, vamos fazer uma visita tal dia, aí o CRAS responde que não pode, e o conselho tutelar diz eu posso, aí eles vão junto. Devolutiva da visita, o que aconteceu, o que foi identificado (...) o CRAS responde: já estou indo agora na casa, pode ir? Não, pois estamos sozinhos. Aí eles dão a devolutiva da visita. Fomos até lá e vai ter cesta básica para a família, aí a gente fica mais tranquilo. E assim a gente vai sempre se conversando por e-mails.”*

Os gerentes criaram um meio de comunicação adaptado, uma rede online para tentar manter o acompanhamento dos casos encaminhados, já que não há reuniões, regulares e institucionais, entre os setores. Mesmo diante desse esforço nota-se que as decisões não são tomadas de forma compartilhada, pela fala do gerente da USF é possível identificar que os equipamentos tomam as decisões pertinentes a sua área e somente informam as providências tomadas. Nesse mesmo sentido, foi a fala da profissional do CRAS quando perguntamos sobre esses encaminhamentos, ela relatou receber de diversos setores via e-mail, e também confessa utilizar o mesmo método para informar sobre as decisões.

Em relação a recebimento de encaminhamentos da Saúde e a sua frequência, a profissional relatou que:

*“Acho que é esporádico, vem mais da assistência mesmo. Da saúde vem mais do idoso. Igual escola ela manda mais da criança e não da família, já a saúde que idoso procura mais a saúde, eles mandam mais de idosos.”*

Nessa fala é possível compreender a relevância da saúde para a população idosa, o quanto o acolhimento e a visita domiciliar quando realizadas adequadamente podem identificar situações que envolvem os determinantes sociais de saúde, demonstrando tamanha importância de atender a população idosa na sua integralidade. A qualidade de uma relação intersetorial depende de diálogo, desde o planejamento até a intervenção e deve ser baseado num olhar conjunto para o indivíduo. Nesse sentido, surge a discussão de uma RAS através de um compilado de serviços, vinculados entre si por um único objetivo, numa ação cooperativa e ao mesmo tempo interdependente com o intuito de ofertar uma atenção contínua e integral à população idosa<sup>21</sup>.

Moraes (2012)<sup>22</sup> propõem uma RAS para a população idosa com regulação da APS, com forte comunicação horizontal e vertical entre o SUS, SUAS e outros setores. A AB deve atuar como o centro de comunicação responsável pelo cuidado do idoso com participação horizontal dos outros setores da saúde e redes intersetoriais. Para isso, é necessária a incorporação de ferramentas de gestão e protocolos de atenção baseado em linhas de cuidado para a população idosa<sup>23</sup>. Para tal execução é necessário que gerentes definam um fluxo, destinando um momento e espaço para esse compartilhamento intersetorial, dessa forma dando o respaldo necessário para atenção integrada dentro do município<sup>10</sup>.

Há inúmeras dificuldades nos dois serviços que afetam diretamente a população assistida do município. Estas, variam desde o subfinanciamento do SUS e do SUAS pelo Governo Federal até a baixa resolutividade municipal para problemas de gestão complexos. Nesse sentido, temos profissionais sobrecarregados que buscam, mesmo assim, desenvolver o trabalho na assistência, ofertando muitas vezes o possível, mas não atendendo as expectativas da população e tão pouco do que já está previsto em normativas dos serviços. As falas anteriores evidenciam que há serviços que não conseguem realizar adequadamente devido a falta de profissionais, por exemplo. Essa sobrecarga pode ser um dos motivadores para os encaminhamentos excessivos, quando na verdade deveria haver uma articulação intersetorial. Apesar de ser um dos temas centrais desta pesquisa e de conter perguntas sobre a intersetorialidade ao longo da entrevista, em nenhum momento os profissionais relataram sentir a necessidade da existência ou da ampliação dessa ação, talvez por enxergarem que ela já existe baseada nesse modelo de acompanhamento via e-mail ou simplesmente por desconhecerem os benefícios dessa ação.

#### **4.4 Conclusão**

Por meio dos resultados apresentados foi possível identificar divergências em relação ao termo “vulnerabilidade social” em que o CRAS possui um olhar mais ampliado do seu significado, porém suas intervenções são limitadas. Por sua vez, o entendimento da USF está mais relacionado ao senso comum, com pouca ou nenhuma intervenção, sendo a maioria dos casos encaminhada para outros setores. Detectou-se a dificuldade de articulação entre os setores por diversos motivos e dentre os que surgiram nas entrevistas foram: a alta demanda desses serviços, acarretadas pela falta de profissionais suficientes para atender a população, falta de profissionais técnicos e equipe multiprofissional, a falta de supervisão e

matriciamento no caso da Saúde, a inexistência de um fluxo contínuo nas reuniões entre os setores e carência de estímulos por parte da gestão.

Este estudo fomenta a discussão sobre a necessidade de atender a população idosa de forma integral, principalmente os idosos em situação de vulnerabilidade social, e a integralidade só pode ser realizada em sua plenitude pela intersetorialidade. Para tanto, faz-se necessário definir protocolos de atendimento à pessoa idosa, com critérios para planejamento de ações e acompanhamento. Sendo executada por meio da RAS e tendo a APS como reguladora do cuidado devido a proximidade com o território.

Sobretudo, é imprescindível realizar mais pesquisas que busquem comprovar a importância da intersetorialidade no atendimento à população idosa em situação de vulnerabilidade social, para os alcances da integralidade, da equidade e da universalidade do atendimento dessa população.

#### 4.5 Referências

1. Camarano AA; Kanso S. Envelhecimento da População Brasileira- Uma Contribuição Demográfica. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 4ª edição, 2016, p. 141-44.
2. Oliveira TVM. Processo de envelhecimento, velhice e vulnerabilidade no contexto de situação de rua [internet]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2020. Dissertação de Mestrado em Gerontologia [acesso em 30 jan 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/12854?show=full>
3. Prado M. (coord.). Análise de situação de saúde: município de Franco da Rocha - SP. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.
4. Souza LE. Saúde pública ou saúde coletiva. Revista Espaço Saúde, 2014 [acesso em 30 jan 2023]; 15 (4): 7-21. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5414955/mod\\_resource/content/1/aula%201%20saude\\_publica\\_4.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5414955/mod_resource/content/1/aula%201%20saude_publica_4.pdf)

5. Macedo, RMS, Kublikowski I. Valores positivos e desenvolvimento adolescente: perfil de jovens paulistanos, *Psicologia em Estudo*, 2009, 14: 689-98.
6. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.741 Dispõe do Estatuto da Pessoa Idosa – 2003. [acesso em 30 jan 2023]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)
7. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 2.528 Dispõe da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Brasília, 2006. [acesso em 30 jan 2023. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)> Acesso em: 30 de janeiro de 2023.
8. Araújo CB. Centro de Referência de Assistência Social (Cras), Estratégia Saúde da Família (ESF) e educação básica: como vai a intersectorialidade. [internet]. Universidade Federal de São João Del-Rei, Minas Gerais, [acesso em 30 jan 2023]. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/CRISTIANE%20BELO%20DE%20ARAUJO.pdf>
9. Garcia LMT, Maio IG, SANTOS TID, Folha CBDJ. Intersectorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde em debate* [internet]. 2014 [acesso em 30 jan 2023]; 38: p. 966-980. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rZnYjDrJMxmjzhRNbRBBR6z/abstract/?lang=pt>
10. Ministério da Saúde (BR). Orientações técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [acesso em 30 jan 2023. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf)
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
12. Minayo, MCS. "Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade." *Ciência & saúde coletiva* 2012, 17: 621-626.
13. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisas qualitativas: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 2017. 5: (7) 1-12.

14. Oliveira, ESF, Baixinho, CL, Presado, MHCV. Pesquisa qualitativa em saúde: uma abordagem reflexiva. Revista Brasileira de Enfermagem [internet], 2019. 72: 830-831. [acesso em 30 jan 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/z7qBf5jKP6dSH6SGJhLLwdf/?lang=pt>
15. Ministério da Saúde (BR). Busca ativa. [acesso 02 fev 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-sarampo/publicacoes-tecnicas/fasciculo-busca-ativa-e-retrospectiv>
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 dispõe da Política Nacional de Atenção Básica. [acesso em 30 de jan 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/>
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2979 dispõe do Programa Previne Brasil. 2019. [acesso em 30 de jan 2023]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt297913\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt297913_11_2019.html)
18. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB - SUAS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2012. [acesso em 30 de jan 2023]. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS\\_2012.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf)
19. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. 2013. [acesso em: 30 de jan 2023]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_queixas\\_comuns\\_cab28v2.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf)
20. Silva GCN, Almeida, VL, Brito, TRPD, Godinho, MLSDC. Violência contra idosos: uma análise documental. Aquichan [internet]. 2018. 18: (4), 449-460. [acesso em: 30 de jan 2023]. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972018000400449](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972018000400449)
21. Coelho LP, Motta LB, Caldas CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. Physis: Revista de Saúde Coletiva [internet]. 2019. 28:

- 280-04. [acesso em 03 fev 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/CbfBzxx3MZZf6TGyYgMhbkc/?lang=pt>
22. Moraes, END. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais [internet]. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde. 2012. [acesso em 03 fev. 2023]. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/5574/aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude%20do%20idoso.pdf?sequence=1>
23. Granja GF, Zoboli ELCP. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local [Internet]. O Mundo da Saúde. 2012. 36 (3): 494-501. [acesso em 12 de mar. 2023] Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/95/12.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/12.pdf)

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou identificar a existência da articulação entre o SUS e o SUAS na atenção à saúde da população idosa em situação de vulnerabilidade social. Por meio dos resultados apresentados foi possível identificar as divergências em relação ao termo vulnerabilidade social, em que o CRAS possui um olhar mais ampliado do seu significado, porém suas intervenções são limitadas. Por sua vez, o seu entendimento na USF está mais relacionado ao senso comum, com pouca ou nenhuma intervenção, sendo a maioria dos casos encaminhada para outros setores. Detectou-se a dificuldade de articulação entre os setores, isso ocorre por diversos motivos e dentre os que surgiram nas entrevistas foram: a alta demanda desses serviços, acarretadas pela falta de profissionais suficientes para atender a população, falta de profissionais técnicos e equipe multiprofissional, a falta de supervisão e matriciamento no caso da saúde, a inexistência de um fluxo contínuo nas reuniões entre os setores e carência de estímulos por parte da gestão.

Em relação aos dados quantitativos verificamos que metade das USFs realizam registro diferencial para população com 60 anos ou mais, a maioria não reconhece a população idosa como um dos grupos prioritários para realização de consultas médicas; mais da metade afirma existir protocolo específico para atender o idoso e afirma realizar busca

ativa de idosos no território; e metade diz executar alguma ação de promoção em saúde para a pessoa idosa.

Este estudo fomenta a discussão sobre a necessidade de atender a população idosa de forma integral, atendendo as legislações que considera essa população prioridade no atendimento. A integralidade só pode ser realizada em sua plenitude pela intersetorialidade. Para tanto, faz-se necessário definir protocolos de atendimento à pessoa idosa, com critérios para planejamento de ações e acompanhamento. Sendo executada por meio da RAS e tendo a APS como reguladora do cuidado, devido à proximidade com o território.

Por fim, cabe ressaltar a importância da atuação do Gerontólogo na atenção básica do SUS, visto que este é um profissional capacitado para atuar na multidimensionalidade da velhice e com ações pautadas nas ações biopsicossociais da população idosa, contribuindo para um atendimento mais adequado, para um envelhecimento ativo e saudável e para a melhora no quadro epidemiológico da saúde com ações pautadas na promoção e prevenção em saúde.

A principal limitação do estudo é a amostra ser composta por profissionais da saúde e da assistência social, não tendo a percepção de outros atores como o próprio público idoso. Além de outros setores que atuam no atendimento à população idosa, durante o período de coleta de dados tentamos contato com o Conselho Municipal do Idoso (CMI), porém não houve retorno.

Sobretudo, é imprescindível realizar mais pesquisas que busquem comprovar a importância da intersetorialidade no atendimento à população idosa em situação de vulnerabilidade social, para os alcances da integralidade, da equidade e da universalidade do atendimento dessa população.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Camarano AA; Kanso S. Envelhecimento da População Brasileira- Uma Contribuição Demográfica. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4ª edição, 2016, 141-44.
2. Prado M. (coord.). Análise de situação de saúde: município de Franco da Rocha - SP. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.
3. Souza, L. E. Saúde pública ou saúde coletiva [online]. Revista Espaço Saúde. 2014. 15: (4) 7-21. [acesso em 8 dez de 2022]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5414955/mod\\_resource/content/1/aula%201%20saude\\_publica\\_4.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5414955/mod_resource/content/1/aula%201%20saude_publica_4.pdf)
4. Araújo CB. Centro de Referência de Assistência Social (Cras), Estratégia Saúde da Família (ESF) e educação básica: como vai a intersetorialidade. [internet]. Universidade Federal de São João Del-Rei, Minas Gerais, 2014. [acesso em 30 jan 2023]. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2->

[repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/CRISTIANE%20BELO%20DE%20ARAUJO.pdf](https://repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/CRISTIANE%20BELO%20DE%20ARAUJO.pdf)

5. Garcia LMT, Maio IG, SANTOS TID, Folha CBDJ. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. Saúde em debate [internet]. 2014 [acesso em 30 jan 2023]; 38: p. 966-980. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rZnYjDrJMxmjzhRNbRBB6z/abstract/?lang=pt> .
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades. Panorama do Município de Francisco Morato [internet]. 2021. [acesso em 7 de fev 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/francisco-morato/panorama>
7. GeoSEADE (SP). Índice Paulista de Vulnerabilidade [online].[acesso em 8 fev 2022] Disponível em: <https://ipvs.seade.gov.br/view/index.php>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [internet]. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2015. [acesso em 9 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
9. Pavarini SCI, Mendiondo MSZD, Barham EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? [internet]. Texto & Contexto- Enfermagem, 2005. 14: 398-402. [acesso em 9 de dez 2022] <https://www.scielo.br/j/tce/a/QPZ6hBkRdkzThNWZzhyrGHv/?format=pdf&lang=pt>
10. Damaceno DG, Chirelli MQ, Lazarini CAA. (1) do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2019. 22.
11. Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2000. 34: 9-15 [Acesso em 8 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9pCLGTRV9LMh9TN7tVmcKgb/?format=pdf>
12. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde [internet]. Rev Bras de Educação

- Médica. 2012. 36: 40-50. Disponível em:  
<http://educa.fcc.org.br/pdf/rbem/v36n01s01/v36n01s01a06.pdf>
13. Neves JAC et al. Processo saúde-doença: a sexualidade e a AIDS na terceira idade. Enfermagem Revista, 2015. 18: (1) 121-35. [Acesso em 8 de dezembro de 2022]. Disponível em:  
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9374>
14. Costa JM, Silva GP. Concepções de saúde para idosos acompanhados em ambulatório de geriatria de uma instituição hospitalar [internet]. Revista da SBPH. 2015. 18: (2) 111-128. [acesso em 07 de jan 2023]. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582015000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000200008)
15. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: revista de saúde coletiva. 2007. 17: 77-93.
16. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública 1998. 32: (4) 299-316.
17. Osório A; Schraiber LB. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição [online]. Saúde e Sociedade. 2015. 24: 205-218. [acesso em 10 dez 2022]. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9PkdpcTnz7YNJyMzjN/?format=html>
18. Ianni AMZ. Mudanças sociais contemporâneas e saúde: estudo sobre teoria social e saúde pública no Brasil. 2018. São Paulo: Hucitec.
19. Giovanella L, MENDONÇA MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella, L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2012. Rio de Janeiro: FIOcruz.
20. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? [online] Cadernos de Saúde Pública. 2018. 34: (8). [Acesso em 8 de dez de 2022]. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>
21. Sulzbach CC, Weiller TH, Dallepiane LB. Acesso à Atenção Primária à Saúde de longevos: perspectiva de profissionais da Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul. Cadernos Saúde Coletiva, 2020. 28: 373-380.

22. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras [online]. Revista brasileira de geriatria e gerontologia. 2019. 19: 507-519. [Acesso em 8 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/abstract/?lang=pt>
23. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.121-143.
24. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Assistência Nacional. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2004. [acesso 9 de dez 2023] Disponível em: [http://www.igrapiuna.ba.gov.br/Download/sec\\_social/PNAS.pdf](http://www.igrapiuna.ba.gov.br/Download/sec_social/PNAS.pdf)
25. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social [internet]. Cadernos de Saúde Pública. 2018. 34: (3). [Acesso em 12 jan de 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/abstract/?lang=pt>
26. Dimenstein M, Neto MC. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. Rev Pesquisas e Práticas Psicossociais. 2020. 15: (1) 1-17.
27. Ayres JRCM. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: Barros S; Campos PFS & Fernandes JJS. (Orgs.). Atenção à saúde de populações vulneráveis. Barueri: Manole, 2014.
28. Macedo RMS, Kublikowski I. Valores positivos e desenvolvimento adolescente: perfil de jovens paulistanos, Psicologia em Estudo, 2009, 14: 689-98.
29. Scott JB, de Abreu Prola, C, Siqueira, AC & Pereira, CRR. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Psicologia em Revista, 2018, 24: ( 2), 600-15.
30. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social [online]. Escola Anna Nery, 2017, 21: (1). [Acesso em 10 de dez 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8MFh56zv5PBTMCq5ZLzGLp/abstract/?lang=pt>

31. Oliveira TVM. Processo de envelhecimento, velhice e vulnerabilidade no contexto de situação de rua [internet]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2020. Dissertação de Mestrado em Gerontologia [acesso em 30 jan 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/12854?show=full>
32. Salmazo-Silva, H et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia [online]. Revista Kairós-Gerontologia, 2012, 15: 97-116. [acesso em 10 dez 2022]. Disponível: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/17289>
33. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social. 2009. [acesso em: 30 de jan 2023]. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/orientacoes\\_Cras.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf)

## 7. ANEXOS/APÊNDICES

### Apêndice I

#### Atenção básica- Intersectorialidade Município de Francisco Morato

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Identificação do Entrevistado

AB- SUS nome da unidade: \_\_\_\_\_

**Formação profissional:** \_\_\_\_\_ **Tempo formação:** \_\_\_\_\_

**Cargo/função:** \_\_\_\_\_ **Tempo na Unidade:** \_\_\_\_\_

**Tipo de função:** \_\_\_\_\_ **Telefone da unidade:** \_\_\_\_\_

#### Caracterização de demandas da unidade

1- Qual é o território de abrangência dessa unidade:

2- Por favor, você poderia contar um pouco da sua trajetória profissional, suas experiências. Tempo de SUS, como foi essa trajetória?

3- Vocês percebem demandas de atendimento de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social? Poderia me contar os principais casos? Vocês recebem formação/capacitação para lidar com vulnerabilidades específicas? Tem um profissional responsável para atender esses casos?

4- Se os profissionais identificam casos de vulnerabilidade social em idosos no território, quais atitudes são tomadas? Identificam os casos mais graves? Para tomar providências mais urgentes e diferenciadas?

5- Tem alguma área do território com maior número de idosos em situação de vulnerabilidade social? Fazem busca ativa?

6- Vocês já identificaram e atenderam algum caso de idoso em situação de rua? Se sim, poderia contar como foi. Existe demanda na saúde?

#### **Articulação intersetorial**

7- Você lembra de algum caso de idosos em situação de vulnerabilidade social que vocês precisaram da assistência social para atender o idoso? Qual foi o critério para essa decisão? Qual era a vulnerabilidade apresentada? Você poderia contar detalhadamente.

8- Após esse contato assistencial, vocês continuaram atendendo esse indivíduo? As decisões sobre o caso foram tomadas em conversas conjuntas ou cada setor tomou a decisão cabível por si?

9- Há alguma rotina de trabalho estabelecida entre a UBS e a assistência social? Se sim, vocês costumam fazer reuniões periódicas e regulares para discutir casos? Como é a relação entre as áreas?

10- Vocês já identificaram casos de violência contra a pessoa idosa? Quais tipos? Quais decisões foram tomadas? Com quais setores articularam? Poderia descrever.

11- Já foram identificados casos de violência durante as visitas domiciliares realizadas por ACS e/ou equipe de saúde? Poderia contar detalhadamente.

12- O atendimento ofertado na unidade é suficiente para atender as demandas de idosos em situação de vulnerabilidade social? Caso não, quais são as maiores dificuldades? O que

falta?

## Apêndice II

### Assistência social- Intersetorialidade Município de Francisco Morato

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Identificação do Entrevistado

CRAS- SUAS

Nome da unidade: \_\_\_\_\_

**Formação profissional:** \_\_\_\_\_ **Tempo formação:** \_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_ **Tempo na Unidade:** \_\_\_\_\_

**Tipo de função:** \_\_\_\_\_ **Telefone da unidade:** \_\_\_\_\_

#### Caracterização de demandas da unidade

1- Território de abrangência dessa instituição:

2- Por favor, você poderia contar um pouco da sua trajetória profissional, suas experiências.

Tempo de CRAS, como foi essa trajetória?

3- Por favor, conte como funciona a rotina de atendimento ao público? Qual é o público que mais demanda atendimento? Quais são as demandas mais apresentadas?

4- Há profissionais específicos para atender a demandas específicas? Existem protocolos/formulários específicos para esses casos? Conte um exemplo.

5- Existe algum sistema de informação de registro de perfil dos casos atendidos? Ou algum outro registro de mapeamento? Se sim, qual e como é feito?

6- Vocês identificam muitos casos de idosos em situação de vulnerabilidade? Poderia contar um pouco. Quais são as vulnerabilidades que esse grupo mais apresenta? Identificam os casos mais graves?

7- Como são tomadas as decisões em relação à necessidade de intervenção? Há alguma ação diferenciada para idosos? Qual(is)?

8- Existe algum trabalho no território de identificação de casos de idosos em situação de vulnerabilidade social? Se sim, como ela ocorre? Tem alguma área do território com maior número de idosos em situação de vulnerabilidade?

#### **Articulação intersetorial e violência contra a pessoa idosa**

9- Você lembra, de algum caso de idosos em situação de vulnerabilidade, que vocês receberam encaminhamento de outros setores? Fale sobre esses encaminhamentos, como funciona. Com quais setores articulam?

10- Vocês já receberam algum encaminhamento da saúde? Conte um pouco. Qual a frequência?

11- Como é a relação de vocês com a saúde? Há fluxo estabelecido? Quais são os profissionais que vocês mais tem contato? Dê um exemplo, por favor.

12- As decisões sobre os casos são tomadas em conversas conjuntas ou cada setor toma a decisão cabível por si? Vocês costumam fazer reuniões periódicas e regulares para discutir casos? Se sim, qual a periodicidade e temas discutidos?

13- Vocês recebem casos de violência contra idosos? Quais tipos? E o CREAS, em que casos

vocês acionam eles?

14- Vocês recebem denúncias ou encaminhamento jurídico de casos de violência contra a pessoa idosa? Poderia contar algum exemplo? Já atuaram em algum caso em conjunto com o CMI?

15- Dos casos de violência que vocês atenderam, qual é perfil desses idosos? (Faixa etária, condição socioeconômica, sexo, condição física e etc). Quem é esse agressor? Qual o nível de relação com o idoso?

16- O município concede algum benefício eventual para idosos em situação de vulnerabilidade social temporária?

17- O atendimento ofertado na unidade é suficiente para atender as demandas de idosos em situação de vulnerabilidade social? Caso não, quais são as maiores dificuldades? O que falta?

### **Apêndice III**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

##### **TRABALHADORES**

Prezado (a),

O (A) Sr (a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato”, que tem como objetivo descrever e analisar a organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais e gestores da saúde, da assistência social, da educação e da comunicação do município de Francisco Morato que concordarem em participar. A entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos, será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva e/ou pesquisadores(as) do Instituto de Saúde. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise. A transcrição da entrevista ficará em posse da coordenadora da pesquisa e ficará armazenada em segurança durante o período de 5 anos.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a). pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu trabalho.

O (A) Sr (a). tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Fabiana Santos Lucena, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8648) das 8 às 17h ou pelo email [fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br](mailto:fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. O CEPIS analisou e está acompanhando o desenvolvimento do projeto e pode ser consultado em caso de dúvidas ou perguntas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo email [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br), ou pelo telefone (11) 3116-8648 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município. Esse termo será assinado em duas vias e uma ficará com você.

#### **Consentimento livre e esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado sobre a pesquisa “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato” e aceito participar da pesquisa, autorizando a gravação da entrevista.

\_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_

data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do responsável pela entrevista