SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE SAÚDE

RENAN RODRIGUES DE ALMEIDA

SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA EM FRANCISCO MORATO (SP)

SÃO PAULO

2023

RENAN RODRIGUES DE ALMEIDA

SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA EM FRANCISCO MORATO (SP)

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

Orientadora: Tereza Etsuko da Costa Rosa

SÃO PAULO

2023

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Almeida, Renan Rodrigues de
Saúde da população idosa na atenção básica em Francisco Morato (SP) / Renan Rodrigues de Almeida -– São Paulo, 2023.
37 f.

Orientador (a): Tereza Etsuko da Costa Rosa

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

1. Saúde pública 2. Atenção primária à saúde 3. Saúde do idoso 4. Idoso 5. Atenção integral à saúde I. Rosa, Tereza Etsuko da Costa

CDD: 614

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais da saúde pública, sobretudo aos profissionais de enfermagem e aos trabalhadores que atuam na atenção básica; aos gerontólogos, profissionais generalistas que se preocupam em promover um melhor processo de envelhecimento humano e dar dignidade e voz às pessoas idosas; e aos futuros alunos de Especialização em Saúde Coletiva, que levarão adiante as pesquisas em saúde coletiva.

AGRADECIMENTOS

De antemão, agradeço profundamente à minha mãe, que sempre me apoiou, educou e ensinou a agradecer pela vida. Também agradeço à minha irmã gêmea, que hoje é uma excelente e inspiradora profissional da saúde; aos meus melhores amigos, Murillo e Isabella, que estiveram ao meu lado nessa trajetória e me apoiaram a continuar firme; e à minha orientadora, que desde o início demonstrou admirável didática e levantou provocações e reflexões para o desenvolvimento e amadurecimento deste trabalho.

Doente, no colo da mãe, o menino percebeu que nem todo hospital é feito de cimento e tijolos.

Murillo Lino

Almeida, Renan Rodrigues de. **Saúde da população idosa na atenção básica em Francisco Morato (SP)** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023.

RESUMO

Introdução: A população idosa está crescendo de forma acelerada no Brasil, o que demanda um preparo dos profissionais de saúde em atendê-la. A atenção básica é a porta de entrada à saúde, por isso é necessário compreender como são ofertadas as ações de saúde à pessoa idosa. **Objetivo:** Analisar a assistência da atenção primária à saúde para a população idosa no município de Francisco Morato, São Paulo. **Metodologia:** Foi aplicado um questionário denominado Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica (ICAB) nas 12 unidades básicas de saúde do município e foram realizadas duas entrevistas de caráter qualitativo com profissionais da atenção básica. **Resultados:** Não há muitas ações específicas para a população idosa no município, salvo grupos educativos de hipertensão e diabetes, bem como de atividade física. Além disso, o número de profissionais é insuficiente para atender, de modo qualificado, a demanda dos usuários idosos. **Conclusão:** O foco na saúde da pessoa idosa ainda é muito orientado pelo campo biológico com foco na doença. Nesse sentido, é essencial preparar os profissionais para oferecer um cuidado integral à pessoa idosa e aprimorar as ações a esse público.

Palavras-chave: Saúde Pública, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Pessoa Idosa, Pessoa Idosa, Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The elderly population is growing rapidly in Brazil, which requires health professional's preparation to support them. Primary health care is the gateway to health care, thereby, it's mandatory to understand how health promotion actions will be offered to the elderly. **Objective:** To analyze the primary health care's assistance towards the elderly population in the municipality of Francisco Morato, São Paulo. **Methods:** A questionnaire called Primary Health Care Knowledge Instrument (ICAB) was applied in all of the twelve basic assistance units of the county and two qualitative interviews with their professionals were held. **Results:** There aren't many specific actions for the elderly population in the county, except for hypertension and diabetes educational groups as well as physical activities. Furthermore, the number of professionals is insufficient to attend the elderly demands with quality. **Conclusion:** The focus on elderly people's health is still guided by the biologic field, focusing on disease. With that said, it's essential to prepare the professionals to offer a more wholesome care and improve the actions directed to this population.

Keywords: Public Health, Primary Health Care, Health of the Elderly, Aged, Comprehensive Health Care.

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**01**
	1.1 Revisão de Literatura: Saúde da pessoa idosa na atenção básica	**03**
2	**JUSTIFICATIVA**	**07**
3	**OBJETIVOS**	**08**
	3.1 Geral	**08**
	3.2 Específicos	**08**
4	**ARTIGO**	**09**
	4.1 Introdução	**09**
	4.2 Metodologia	**11**
	4.3 Resultados e Discussão	**13**
	4.4 Considerações Finais	**19**
	4.5 Referências	**21**
5	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	**26**
6	**REFERÊNCIAS**	**28**
7	**ANEXOS**	**32**

1 INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, lutou por uma atenção à saúde democrática e universal. Um dos marcos dessa luta foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, a sociedade civil teve ampla participação numa conferência de saúde no país[1]. A Reforma Sanitária contribuiu para a construção do campo da saúde coletiva[2], a conquista da saúde como direito e, por sua vez, para a criação e a organização do Sistema Único de Saúde.

Para a construção da saúde coletiva como campo, as ciências sociais — como as áreas de sociologia, antropologia e política — tornaram-se protagonistas na compreensão do processo de saúde ao dialogarem com áreas da saúde — como enfermagem, medicina e biologia — e demais áreas das ciências humanas, tal qual filosofia e história[2]. Vasconcelos e Gouveia (2011)[3] julgam que esse campo vai de encontro ao da saúde pública, que considera o fator biológico como principiante no processo de saúde. Os autores afirmam que o objeto da saúde coletiva "encontra-se no limite entre o biológico e o social e compreende os determinantes do processo saúde-doença, da organização dos serviços de saúde e o estudo sobre a teoria e prática desses processos"[3].

A dinâmica do processo saúde-doença ocorre de acordo com a reprodução das classes sociais, cujas formas de trabalhar e viver coletivos ocasionam uma expressão biológica e psicológica individual. Isso resulta em potenciais de fortalecimento e desgaste ligados à saúde[4]. Determinantes como transporte, trabalho, satisfação com a vida, estabilidade profissional, classe social, educação, lazer, serviços de saúde e consumo material — somados a mediações individuais como genética e morbimortalidade —, influenciam as condições de envelhecimento e saúde. Portanto, "esse é o modelo da determinação social da doença que embasa o referencial teórico da saúde coletiva [...]"[5].

Conforme Prado (2015)[6], a caracterização dos determinantes sociais de saúde é fundamental, pois "é possível através deles identificar pontos estratégicos para intervenções tanto para minimizar diferenciais originados das posições sociais dos indivíduos, quanto intervenções para melhorar as condições de saúde desses". E foi com base nestes pressupostos para possíveis mudanças na saúde que a reforma sanitária se fez tão presente.

A reforma foi motivada tanto pela crise do modelo da assistência médica da previdência social quanto pela mobilização de profissionais da saúde, de setores da sociedade e centros universitários[7]. Dentre as inspirações para se pautar um novo sistema de saúde, pode-se destacar a influência da Conferência de Alma Ata, em 1978, que enfatizou a importância da

Atenção Primária à Saúde (APS) como uma forma mais eficaz de organização dos serviços de saúde[8]. E a construção desta organização foi influenciada pelo modelo de rede de atenção inglês, de 1920, presente no Relatório Dawson, que previa um modelo de saúde onde grande parte das doenças poderia ser resolvida na atenção primária, desinflando os maiores níveis de atenção[9].

No Brasil, a APS é referida também como atenção básica, visto que "básico tem o sentido de essencial, primordial, fundamental, distinto de primário, que pode significar primitivo, simples, fácil, rude"[10]. Paim (2006)[11] também expressa que o termo *atenção básica* é um termo de caráter institucional que visa à reorientação do sistema de saúde e a uma atuação intersetorial.

Tratando-se de atenção básica, de acordo com Ianni (2018)[2], o campo da saúde coletiva é composto não somente pelas práticas desse nível de atenção e pelo âmbito organizacional de vigilância, controle e serviços. Esse campo também é constituído pela organização sociopolítica, por profissionais da área e, sobretudo, pela articulação junto a intelectuais e profissionais acadêmicos. Nunes (2017)[12] menciona que, na área acadêmica da saúde coletiva, houve a "criação dos departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliam a perspectiva clínica".

No Brasil, houve "a criação do primeiro curso de pós-graduação em Medicina Social[I], no Rio de Janeiro, em 1974"[12]. O ideário seria realizar uma mudança no ensino superior e, portanto, na prática médica, visto a crítica ao modelo biomédico. Os futuros profissionais teriam uma noção do indivíduo como um ser biopsicossocial[1].

O cuidado em saúde pela prática biopsicossocial, além de fazer jus ao princípio da integralidade, garantido pela Lei Orgânica da Saúde[13], contribui para o aumento da expectativa de vida no processo de envelhecimento. Este fenômeno é mundialmente estudado e conhecido, de modo que as projeções para o futuro sugerem um crescimento significativo da população idosa[14].

Almeida et al. (2019)[15], ancorados em Neri (2014)[II], têm um olhar gerontológico e entendem que "o envelhecimento é um processo dinâmico, singular e multifatorial que ocorre durante toda a vida". Embora o processo de envelhecimento abranja a velhice, ele não se limita a ela[16]. Para o objetivo de uma velhice com dignidade e saúde, faz-se necessário garantir acesso a direitos fundamentais e a políticas públicas ao longo da vida.

[I] A medicina social tem suas origens na Europa, no século XVIII. Já a aproximação e discussão dessa área com a saúde coletiva se deu no século XX, com o amparo da Organização Pan-Americana da Saúde[12].

[II] Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. 4. ed. São Paulo: Alínea, 2014.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a projeção de crescimento dos grupos etários até 2060 ocorrerá somente entre as pessoas idosas com 65 anos ou mais; os grupos de jovens até 14 anos e da População em Idade Ativa tendem a reduzir[17]. No Brasil, é considerado pessoa idosa o cidadão com 60 anos ou mais[18]. Tendo em vista o crescimento do grupo populacional de idosos, é fundamental que os profissionais de saúde da atenção básica estejam preparados para atender essa população de forma efetiva.

Em parceria com o município de Francisco Morato (SP), o Instituto de Saúde (IS), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, criou e aplicou um questionário-piloto intitulado Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica (ICAB), em agosto de 2022, com a finalidade de traçar um perfil simplificado dos serviços de atenção básica do município. O IS tem a função social de contribuir com a tomada de decisão dos gestores do SUS e de formar profissionais e pesquisadores para que tenham aptidão em trabalhar com o setor público de saúde. Sendo assim, o Instituto oferece, dentre algumas formações, a Especialização em Saúde Coletiva, por meio da qual foi possível realizar esta pesquisa.

Por ser o primeiro contato do IS com o município, é essencial realizar um perfil da organização da atenção básica para a pessoa idosa. Nesse sentido, faz-se importante pesquisar a existência de ações da atenção básica para os idosos residentes em Francisco Morato.

1.1 Revisão de Literatura: Saúde da pessoa idosa na atenção básica

O campo da velhice, ainda que tenha sido abordado em outras constituições brasileiras, apenas menciona a pessoa idosa como sujeito de direitos a partir da Constituição Federal de 1988[19]. Contudo, a saúde do idoso na atenção básica tem sua lei específica em 1994, a partir da Política Nacional do Idoso, que assegura os direitos sociais dessa população e reafirma a assistência, o acesso, a promoção e o direito à saúde nos âmbitos do SUS, além de criar o Conselho Nacional do Idoso[20].

No mesmo ano, o Ministério da Saúde reestruturou a organização da atenção básica por meio do Programa Saúde da Família, que foi estabelecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006. Essa ação considera a realidade de cada população adscrita no território de alcance da Unidade Básica de Saúde (UBS), com equipes de saúde próprias para acompanhar o cuidado longitudinal dos diferentes grupos populacionais; entre eles, o grupo da pessoa idosa[21].

Em 1999, é promulgada a Política Nacional de Saúde do Idoso, que promove a elaboração e a adequação de planos e ações para as pessoas idosas de acordo com as novas

diretrizes. Ela enfatiza a necessidade de melhorar ou manter a capacidade funcional do idoso, que é "a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma”[22]. Essa política foi atualizada e revogada em 2006, por meio da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cuja finalidade se pauta na promoção, recuperação e manutenção da autonomia e independência do idoso[23]. Contudo, vale ressaltar que os imigrantes idosos não são amparados pela PNSPI, visto que ela inclui apenas “cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade” [23].

No ano de 2002, o Ministério da Saúde[24] propõe a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso “com o objetivo de facilitar as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal em identificar e cadastrar Centros de Referência em Saúde do Idoso”. Os centros têm o objetivo de ofertar uma atenção integral à pessoa idosa articulada com a atenção básica.

Já em 2003, o então presidente Luiz Inácio Lula da Silva sanciona o Estatuto do Idoso[25] – alterado, em 2022, para Estatuto da Pessoa Idosa[26]. Elaborado com a participação de entidades que defendem a pessoa idosa, o Estatuto assegura o papel do SUS em cada nível de atenção no cuidado integral ao idoso independente, dependente, com e sem autonomia. A lei descreve que:

> Art. 3.º 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[25].

Em 2006, é publicado o documento do Pacto pela Vida, que efetiva algumas diretrizes entre as três esferas de gestão do SUS para melhorar a qualidade da saúde da população. Entre as seis prioridades pactuadas, está a saúde do idoso, e uma das ações estratégicas para identificação de potenciais riscos de saúde no idoso é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa[27], revisada no ano de 2017. Essa ferramenta da atenção básica auxilia os profissionais de saúde a planejar, monitorar e organizar as ações em saúde; além de promover a cidadania aos idosos que a utilizam, pois eles têm as informações compiladas sobre o seu estado de saúde[28].

No mesmo ano do Pacto, foi publicada a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que concebeu a APS como abrangente e a ESF como novo modelo da atenção básica, além de revisar as funções das UBS e reconhecer seus modelos com ou sem ESF[29]. Além disso, a saúde do idoso foi considerada área estratégica para o planejamento de ações pela ESF[30]. A segunda edição da PNAB foi lançada em 2011; a terceira, em 2017. Porém,

ambas as edições não contemplam diretamente a saúde do idoso como ação estratégica, tal qual a primeira[31,32].

Também em 2006, tendo como referências o Pacto pela Vida, a PNAB e a Política Nacional de Saúde do Idoso, foi construído o Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Essa ferramenta visou "facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica"[21], considerando o atendimento integral à saúde da pessoa idosa.

A ex-presidenta Dilma Rousseff sancionou, em 2013, o Decreto n. 8.114/13, sobre o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, em prol da proteção, valorização e direitos das pessoas idosas. As ações implementadas por esse decreto tinham como um dos fundamentos o fortalecimento da APS[33]. Entretanto, o Compromisso foi revogado, em 2019, por meio do Decreto n. 9.921/19[34]. Este, por sua vez, apresenta as competências da Secretaria de Atenção Primária à Saúde ligadas à temática da pessoa idosa, com destaque para:

> Art. 9º Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, em articulação com as secretarias de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: I - garantir à pessoa idosa a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS; II - hierarquizar o atendimento à pessoa idosa a partir das unidades básicas e da implantação da unidade de referência, com equipe multiprofissional e interdisciplinar, de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde[33].

Tendo em vista o processo de transição epidemiológica e demográfica da população brasileira, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS, em 2014. O objetivo foi promover discussões sobre o cuidado do idoso e apresentar um novo modelo de atenção integral para guiar as ações dos estados e municípios. O documento destaca que "a pessoa idosa sempre estará vinculada à atenção básica, independentemente de ser assistida em outro ponto de atenção, sendo a AB responsável pelo acompanhamento do caso, de forma articulada e integrada aos outros pontos de atenção"[35].

No ano de 2017, o Ministério da Saúde publicou as Orientações Técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS, com o objetivo de auxiliar gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal a organizar intervenções em saúde. O documento visa promover um panorama dos perfis de idosos que estão adscritos ao território e, assim, planejar o cuidado em saúde[36].

É apresentado nas Orientações Técnicas que apenas a atenção básica não é suficiente para suprir as necessidades em saúde, sendo necessária atenção ambulatorial e hospitalar. Contudo, a atenção primária deve cumprir três funções, sendo elas: (1) Resolver a maioria dos

problemas de saúde; (2) Organizar fluxos de referência e contrarreferência; e (3) Responsabilizar-se pela saúde da população adscrita em qualquer nível de atenção.

Tendo como base as Redes de Atenção à Saúde (RAS) da pessoa idosa, em 2019, o Ministério da Saúde criou o documento Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - Saúde da pessoa idosa[37]. O guia apresenta que

> A RAS da pessoa idosa nada mais é do que o conjunto de respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população idosa, capazes de manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia[37].

Nesse sentido, há recomendações ligadas à APS e outros âmbitos de atuação, com os objetivos de conhecer a população idosa do território, estratificar os riscos clínico-funcionais e manejar as necessidades dos idosos. Para a APS, há o Manual de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 para Atenção Primária à Saúde. A partir da aplicação deste questionário, é possível realizar a Avaliação Multiprofissional e Interdisciplinar do Idoso na Atenção Primária à Saúde[37]. As intervenções são, portanto, de caráter clínico para a promoção e manutenção da saúde da pessoa idosa.

Voltada ao processo de envelhecimento e à fase da velhice, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou a Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030), em dezembro de 2020. Essa iniciativa assume que “as pessoas idosas estão no centro do plano, que reúne os esforços de governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, academia, mídia e setor privado”[38].

Essa estratégia evidencia a necessidade de fortalecer a APS, com destaque para a atuação dos profissionais de enfermagem. Os Estados membros deverão, portanto,

> Ampliar la atención primaria de salud adaptada a las personas mayores para que ofrezca una amplia gama de servicios dirigidos a estas, entre ellos los de vacunación, detección, prevención, control y manejo de enfermedades no transmisibles (incluida la demencia) y transmisibles, así como de las afecciones relacionadas con la edad [...][38].

2 JUSTIFICATIVA

A atenção à saúde da pessoa idosa na AB tem sido planejada e aprimorada ao longo dos anos. Entre as diretrizes básicas estão o cuidado integral e a superação da assistência considerando apenas a presença ou ausência de doenças. No entanto, parece haver grandes desafios para a sua plena implementação; sendo que, entre as barreiras, encontram-se a falta de valorização dos profissionais AB e a carência de capacitação deles no atendimento à pessoa idosa no sentido de contemplar o cuidado integral.

Entende-se *cuidado integral* como a promoção à saúde da pessoa idosa, contemplando a sua independência e autonomia; portanto, uma atenção que contribua com a manutenção da sua capacidade funcional. Nesse sentido, justifica-se analisar a organização da AB para a pessoa idosa, apontando falhas, mas, essencialmente, as potencialidades desses serviços para alcançar uma atenção à saúde da população idosa efetivamente integral.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar a atenção específica à saúde para a população idosa no município de Francisco Morato.

3.2 Específicos

- Identificar ações, estratégias e instrumentos de avaliação de saúde da população idosa utilizados na atenção básica;
- Verificar fluxos estabelecidos de encaminhamentos de serviços de que as pessoas idosas necessitam.

4 ARTIGO

4.1 Introdução

O envelhecimento, sob o olhar da Gerontologia, é um processo de caráter biológico, psicológico e social que ocorre durante a vida, cuja última etapa desse processo é a velhice[1]. No Brasil, há projeção de crescimento significativo da população idosa acima de 65 anos, em contraste com a redução do grupo de jovens até 2060[2]. Por isso, é importante planejar a saúde da pessoa idosa a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), que é a porta de entrada para os serviços de saúde.

A APS, conhecida como atenção básica (AB) no Brasil, tem seu marco referencial baseado no Relatório Dawson, publicado na Inglaterra, em 1920, cuja ideia partiu de uma reestruturação do sistema nacional de saúde. A maioria dos problemas de saúde, portanto, poderia ser resolvida na atenção primária[3].

O direito ao acesso à saúde de forma democrática teve grande destaque durante o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nos anos 70 e 80, na qual a VIII Conferência Nacional de Saúde representou um marco e contou com a ampla participação da sociedade civil[4]. Sendo assim, a reforma contribuiu para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a construção da saúde coletiva como campo de saber no âmbito do sistema e serviços de saúde públicos, bem como do processo saúde-doença[5].

Apesar da Constituição Federal de 1988 garantir o amparo legal às pessoas idosas, é reafirmado apenas em 1994 o direito do idoso à saúde em todos os níveis do SUS, por meio da Política Nacional do Idoso[6]. Somado a isso, no mesmo ano, foi criado o Programa Saúde da Família – estabelecido como *estratégia* em 2006 –, que reestruturou a composição da atenção básica[7].

Já em 1999, a capacidade funcional da pessoa idosa tornou-se foco com a Política Nacional de Saúde do Idoso[8] (atualizada, em 2006, pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa[9]), no que condiz à elaboração de planos e ações para melhorar ou manter essa capacidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) explica que, na fase da velhice, a manutenção da capacidade funcional visa manter a independência da pessoa idosa, que é "entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros"[10].

Posteriormente, há uma articulação entre a atenção básica e os Centros de Referência do Idoso com a criação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, em 2002[11].

Contudo, é apenas em 2003 que a pessoa idosa é amparada pela criação do Estatuto do Idoso[12] – alterado, em 2022, para Estatuto da Pessoa Idosa[13], uma das maiores conquistas dessa população. Sobre o direito à saúde, o Estatuto elabora as funções do SUS em cada nível de atenção no cuidado integral. No Título II, Capítulo IV, é assegurado, por exemplo: cadastro da pessoa idosa em base territorial, unidades geriátricas de referência, atendimento domiciliar, reabilitação com referência gerontológica e geriátrica, fornecimento gratuito de medicamentos e direito de escolha do tratamento de saúde que lhe seja mais favorável[12].

A Lei Orgânica da Saúde expressa que integralidade é um "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema"[14]. Souza et al. (2012)[15] acrescentam ao mencionar que o cuidado integral considera uma visão global do sujeito e um vínculo com e entre as equipes de saúde, visto "o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental em que se insere"[15].

Três anos depois, em 2006, a saúde do idoso foi uma das prioridades do Pacto pela Vida, e uma das principais ferramentas desenvolvidas na atenção básica foi a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa[16]. Esse instrumento tem o objetivo de melhorar os serviços de assistência à pessoa idosa. Ele é utilizado não apenas pelas equipes de saúde, mas também pelos idosos, seus familiares e seus cuidadores. Vale destacar que o fato da pessoa idosa ser dependente não a torna incapaz de tomar suas próprias decisões, e o acesso à Caderneta pelos familiares e cuidadores pode ser restrito, caso a pessoa idosa o desejar, desde que tenha domínio de suas faculdades mentais. A Caderneta permite

> o registro e o acompanhamento, pelo período de cinco anos, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para seu autocuidado[17].

No mesmo ano, foi publicada a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica[18] – com edições subsequentes em 2011[19] e 2017[20] –, que considerou a saúde do idoso como área estratégica da ESF. Além disso, também foi construído o Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa para auxiliar os profissionais no atendimento diário[21].

No ano de 2013, foi decretado o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo (revogado em 2019), em prol dos direitos das pessoas idosas e do fortalecimento da APS[22]. Em 2014, ações em saúde dos estados e municípios puderam ser guiadas e promovidas pela

publicação das Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS, com a responsabilidade da AB no acompanhamento dos casos em saúde[23].

Em 2017 e em 2019 foram publicadas orientações técnicas[24] e notas técnicas[25], respectivamente, voltadas à saúde do idoso no SUS. Os documentos apresentam funções da APS e recomendações para gestores e profissionais da saúde. Por fim, em âmbito mundial, foi declarada a Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030), no final de 2020[26]. Essa iniciativa põe em foco o fortalecimento da APS para as pessoas idosas e para a questão do idadismo, que é a discriminação baseada na idade.

Um aspecto relativo às pessoas idosas, ainda, pouco abordado, mas de extrema relevância para a qualidade de vida desse segmento populacional é o preconceito devido à idade. A Organização Pan-Americana da Saúde aponta que "o idadismo surge quando a idade é usada para categorizar e dividir as pessoas de maneira a causar prejuízos, desvantagens e injustiças, e para arruinar a solidariedade entre as gerações"[27]. Na saúde da pessoa idosa, o idadismo está relacionado a uma piora da qualidade de vida, da saúde física e mental e da capacidade funcional. Por isso, para reduzir o idadismo, é fundamental implementar políticas e leis, realizar intervenções educacionais e promover ações entre diferentes gerações[27].

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a atenção específica à saúde para a população idosa ofertada na atenção básica em Francisco Morato. Esse município é uma microrregião do município de Franco da Rocha, localizado na zona norte da região metropolitana do estado de São Paulo[28,29]. A população de Morato, pelo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, era de 154.472 habitantes. Já as pessoas com 60 anos ou mais representavam 6,4% da população total. Contudo, a projeção populacional de Francisco Morato em 2021 estimava um aumento de cerca de 20 mil pessoas, o que representa também um crescimento da população idosa[30].

De acordo com o panorama da população de Morato, o salário mensal dos trabalhadores formais, em 2020, teve uma média de dois salários mínimos. Comparando a outros municípios do estado de São Paulo, o salário mensal em Morato ocupa uma posição média. Em relação à educação formal, o município não possui uma alta taxa, fato ligado à baixa posição na economia em relação a outros municípios paulistas e no país. Além disso, a mortalidade infantil é muito alta na região[30].

4.2 Metodologia

No âmbito do Programa de Especialização em Saúde Coletiva, o Instituto de Saúde (IS) realiza parcerias com secretarias municipais de saúde a fim de promover a formação profissional voltada à investigação científica com um olhar sobre as necessidades de saúde da população. Em 2022, estabeleceu-se a parceria com a Prefeitura de Francisco Morato.

Os especializandos do IS, com o intuito de conhecer o município de Morato e a sua rede de unidades básicas, realizaram a aplicação de um questionário denominado Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica (ICAB). O instrumento foi adaptado a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011 pelo Governo Federal, que tem o objetivo de ampliar o acesso à AB, melhorar a qualidade da assistência oferecida nas UBS e promover a transparência das ações públicas na AB[31].

O ICAB, elaborado com a finalidade de traçar um perfil da atenção básica dos municípios, é composto por seções relativas a diversos temas de saúde. A seção *Saúde do Idoso*, foco deste trabalho, é composta por 12 questões, que incluem informações acerca da existência de registro diferencial, busca ativa, comorbidades mais comuns e promoção de saúde da população idosa.

Com o intuito de complementar os resultados do ICAB voltados à saúde da pessoa idosa, foram realizadas duas entrevistas de caráter qualitativo com um gestor/enfermeiro e uma técnica de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com mais idosos adscritos no território. Após contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Morato, considerando a disponibilidade da unidade, decidiu-se pela realização de entrevistas com um profissional de enfermagem e o gestor.

As entrevistas foram realizadas por meio da aplicação de um questionário semiestruturado composto por 12 questões sobre a caracterização do serviço oferecido à pessoa idosa (Anexo 1). As entrevistas foram gravadas e transcritas para a análise. Minayo (2012)[32] aponta que a qualidade de análise do pesquisador sobre os resultados depende de sua experiência, de como são feitas as perguntas e de como são coletados os dados. A autora ainda aponta que, além de compreender o objeto estudado – neste caso, os entrevistados da pesquisa –, é preciso saber interpretar o que está sendo compreendido e produzir "uma análise o mais possível sistemática e aprofundada e que minimize as incursões do subjetivismo, do achismo e do espontaneísmo"[32].

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde sob o parecer nº 5.361.673, e os procedimentos de pesquisa foram realizados de acordo com as

normativas das resoluções nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018. Foi apresentado e entregue aos entrevistados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado no Anexo 2, com os objetivos e a finalidade da pesquisa, a participação voluntária e a anonimidade dos entrevistados.

4.3 Resultados e Discussão

A partir da aplicação do ICAB, observou-se que as 12 UBS de Francisco Morato não têm muitas ações específicas para a população idosa, embora haja destaque para grupos educativos sobre hipertensão e diabetes, que são as duas comorbidades mais comuns entre as pessoas idosas em todas as unidades. Os resultados sugerem não haver um planejamento para a saúde da pessoa idosa no município, como mostram alguns resultados da Tabela 1.

É importante mencionar que todas as UBS priorizam o idoso acamado na visita domiciliar; contudo, a maioria (58%) não realiza busca ativa dessa população. Além disso, ainda que exista prioridade de atendimento para a pessoa idosa em 75% das unidades, não há protocolo para o atendimento específico ao idoso em 58% das UBS.

Tabela 1 - Distribuição de indicadores selecionados* sobre a saúde da população idosa na atenção básica em Francisco Morato (SP), com base no Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica (ICAB)/2023.

Questão	Número de unidades que responderam *Sim*	Número de unidades que responderam *Não*
Existe prioridade de atendimento para a pessoa idosa?	9 (75%)	3 (25%)
Existe registro diferencial de pessoas com mais de 60 anos?	6 (50%)	6 (50%)
Existe protocolo específico de atendimento ao idoso?	5 (42%)	7 (58%)
A unidade realiza busca ativa dessa população?	5 (42%)	7 (58%)

*Foram incluídos apenas indicadores que continham respostas positivas ou negativas a fim de proporcionar uma compreensão mais objetiva dos resultados nesta tabela.
Fonte: Elaboração do autor (2023).

Os entrevistados corroboram os dados ao dizer que não existe um planejamento específico de saúde para atendimento integral à pessoa idosa. Há grupos educativos na unidade que tratam sobre doenças crônicas, cujos participantes são idosos em sua maioria. O entrevistado 2 explica que

> *[...] a gente acaba abraçando muitas causas que incluem o idoso, especificamente quando a gente fala de doenças crônicas não transmissíveis.*

> *Então quando a gente já tá falando de grupos, promoção e prevenção de agravos em quem tem hipertensão arterial ou* Diabetes mellitus, *dislipidemias, a gente já foca bastante nos idosos, né?! Então a maioria das vezes que a gente faz os grupos, tanto de atividade física, grupo de HAS/DM* [Hipertensão e Diabetes], *a gente acaba se deparando com esse grupo, né?!*

Da mesma forma, a entrevistada 1 menciona que os grupos nos quais as pessoas idosas estão mais presentes são os de *"diabetes, hipertensão, tem atividade física também"*. As respostas exemplificam o enfoque das condições fisiopatológicas que acomete as pessoas idosas. O enfoque nas condições fisiopatológicas das pessoas idosas, na atenção básica, também está presente em alguns estudos nacionais e internacionais[33-35].

As ações realizadas através do programa HiperDia, criado pelo Ministério da Saúde, em 2002, expressam as principais condições crônicas que necessitam de um cuidado contínuo na APS: hipertensão e diabetes[36]. Como a população idosa é a mais atingida por essas doenças, os grupos de hipertensão e diabetes são majoritariamente de idosos.

É evidente que a atenção à saúde da pessoa idosa deve ser planejada de forma mais integral, a fim de atender as demais necessidades. Em caso de encaminhamento de emergência para outro nível de atenção realizado pela própria UBS, a unidade segue um padrão próprio, como relata a entrevistada 1:

> *A gente vai com ele até a Santa Casa, liga pra um acompanhante, alguém da família e vai acompanhar ele. Com caso suspeito, tipo uma trombose, a paciente que parecia que tava infartando... Mas assim, são casos bem raros. Geralmente, o protocolo é Santa Casa.*

É importante considerar que as orientações técnicas para o atendimento à pessoa idosa mencionam que a AB deve organizar os fluxos de referência e contrarreferência. Contudo, o documento não expressa de forma detalhada como devem ser sistematizados os encaminhamentos no caso da pessoa idosa[24].

O entrevistado 2 relata que a própria população idosa do território toma iniciativa para se reunir: *"Eles têm até um grupo deles mesmos, de 'Melhor Idade'. A própria comunidade se instiga, eles trabalham em cima da causa* [da pessoa idosa], *sabe?"*. Ainda relata que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são muito participativos nos grupos de saúde propostos pela UBS com os idosos.

Silva et al. (2019)[37] realizaram um estudo, no Piauí, com profissionais de saúde de uma UBS e usuários idosos, identificando que "o principal problema enfrentado nessa UBS seria a não adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos às consultas de HiperDia"[37]. Com base nesse achado, os pesquisadores realizaram uma intervenção educativa junto aos profissionais de saúde para explicar a importância de se aderir ao programa HiperDia e

promover a participação dos usuários idosos. Além disso, foi ressaltada a importância de se realizar uma busca ativa da população idosa no território e foram sugeridas reuniões semanais dos profissionais para discutir e melhorar a qualidade de assistência aos usuários hipertensos e diabéticos.

No presente estudo, na unidade entrevistada, foi relatado que um conjunto de pessoas idosas participa ativamente dos grupos voltados à hipertensão e diabetes. Essa informação contrasta os resultados de Silva et al. (2019)[37], apesar de não se ter maiores informações a respeito do território adscrito da unidade, nem mesmo dados populacionais do local. Outrossim, embora não seja possível fazer nenhuma afirmação no tocante à representatividade, ao menos um grupo de idosos mostrou-se ativo em organizar atividades de promoção à saúde, o que deve resultar, também, em fortalecimento de vínculo comunitário e apoio à comunidade.

Isso exemplifica a política de Envelhecimento Ativo preconizada pela OMS, visto que um dos pilares é o de participação da comunidade[10]. Por outro lado, a participação ativa da comunidade pode decorrer da falta de políticas públicas de promoção à saúde para a pessoa idosa no âmbito da atenção básica.

Os ACS se mostram muito presentes e participativos nos grupos dos idosos. No Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa estão detalhadas estratégias para a formulação de trabalho em grupo com os idosos, nos quais os ACS são fundamentais para a divulgação e também para a coordenação dos grupos[21]. Estes profissionais também colaboram ativamente com a compreensão de como funciona o território e como são construídas as relações sociais, visto que eles conhecem as famílias, os idosos e as dinâmicas[38]. Contudo o Caderno não foi mencionado como ferramenta de apoio ao cuidado à pessoa idosa pelos profissionais entrevistados.

Um aspecto interessante de salientar das entrevistas é que ambos os entrevistados dizem sobre o desafio de atender a pessoa idosa que vai à consulta sozinha. A entrevistada 1 fala que *"já aconteceu de vir sozinho. Assim é muito difícil de falar, você vai, tira a máscara, tenta falar bem devagar, ou de você ter dificuldades com remédio, por exemplo. De confusão de remédios"*. O entrevistado 2 corrobora ao dizer que

> *Ah, eles vêm bastante sozinhos, né?! E até a gente mesmo se enrosca com alguns protocolos, né?! De direcionamento. [...] Então, assim, já é um grupo vulnerável pela extremidade, pelas condições fisiológicas características do idoso. Mas, também, tem a dificuldade de entendimento, de compreender socioeducacional.*

Existe uma dificuldade de entendimento da pessoa idosa devido à perda auditiva, como foi relatado pela entrevistada 1. Porém, não há um protocolo de atendimento que oriente

os profissionais da AB em atender idosos que vão sozinhos às consultas. Este exemplo retrata a complexidade envolvida no cotidiano dos profissionais que atuam na atenção básica e se veem frequentemente com pessoas idosas com dificuldades de gerir as atividades rotineiras de vida, tais como comparecer a uma consulta médica ou tomar corretamente as suas medicações.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, para a manutenção da capacidade funcional, já sugeria medidas para a detecção precoce de perdas auditivas e visuais[8]. Além disso, tal qual mencionado por um dos entrevistados, o suporte social em idosos em pior situação socioeconômica e com problemas de saúde é mais restrito[39,40]. Isso, por vezes, resulta na falta de acompanhamento a consultas do usuário idoso.

Nesse contexto, torna-se muito importante o desenvolvimento de uma atenção comunitária, lançando mão de novas tecnologias e políticas públicas a exemplo do município de São Paulo. Desde 2004, esse município desenvolve o Programa Acompanhante de Idosos (PAI), que vem se mostrando como uma opção eficiente no atendimento a pessoas idosas, visando suprir necessidades de saúde e sociais[41].

O encaminhamento da pessoa idosa para o PAI é feito a partir da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB), que também pode encaminhar para uma Unidade de Referência à Saúde do Idoso – ligada à atenção secundária à saúde. A AMPI-AB visa promover um planejamento de cuidados e instrumentalizar as UBS para atender com mais eficiência a demanda dessa população[42]. Por isso é fundamental a aplicação do instrumento com um olhar da Gerontologia; mais ainda, seria vantajoso à pessoa idosa a atuação do gerontólogo na APS.

Também de caráter gerontológico, uma ferramenta que auxilia tanto os profissionais quanto os usuários é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Os entrevistados a conhecem e a utilizam, mas não de forma integral, como relata o entrevistado 2:

> *Tem algumas orientações* [na caderneta], *mas eles quase não usam, só por oralidade. O que ajuda bastante é o controle. Geralmente a gente faz num papelzinho avulso o controle e a caderneta, como é um pouco maior, mais pesado, eles palpam melhor, não é um papelzinho que vai colocar na bolsa e vai se perder. [...] É,* [de forma] *espontânea. Vai muito da sensibilidade do profissional mesmo se identificar pra usar. [...] E aqui tem muitas dicas, né?! Mas, especificamente, não. Mas é uma boa proposta, fazer um novo grupo com isso. Só preciso de um facilitador* (risos).

A entrevistada 1 também afirma:

> *Pressão e dextro. O controle deles ali. O restante eu nunca abri pra ler. Porque como é uma demanda muito grande, já abro na página que a gente*

> *sabe até de cor. Ver a sua pressão, data, hora. Sua glicemia, data, hora; e de quem é diabético faz aquele controle. Mas de abrir, nunca abri, não.*

Ambos reconhecem a necessidade de utilizar a ferramenta em sua totalidade. Porém, devido à demanda da unidade, o uso acaba sendo de forma mais pontual, voltado a anotações sobre os sinais vitais dos pacientes idosos.

Um estudo recente de Miller e Oliveira (2022)[43] corrobora o contexto mencionado ao apontar que os profissionais conhecem a Caderneta, mas não a utilizam de forma efetiva, ainda que tenham recebido treinamento para tal, indicando o desafio para a implantação dessa ferramenta. Algumas experiências mostram a implantação por meio de oficinas, como Rosa et al. (2021)[38] que realizaram treinamentos sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para os profissionais da atenção básica, no município de Franco da Rocha. Tal oficina foi composta de diferentes etapas, acompanhadas de envolvimento e sensibilização dos profissionais para a importância da ferramenta para o cuidado integral à pessoa idosa.

O cuidado em saúde exige ações de promoção e prevenção. Contudo, ambos os entrevistados revelaram não haver ações específicas para a pessoa idosa, como em falas, a saber: *"Especificamente, não. Mas tem os grupos de diabetes, hipertensão e atividade física que acabam sendo, na pluralidade, os idosos"*; e *"Nosso carro-forte é o grupo* [de hipertensão e diabetes]*"*. Um dos entrevistados apresentou um relato que merece destaque: a procura de preservativo da população idosa. Foi dito que

> *E, de pegar preservativo, eu, na farmácia, já vi alguns idosos. Mas as idosas, mulher, pegam mais preservativo masculino do que os homens. Pode ser que o homem esteja na porta esperando, vai lá pegar, às vezes fica com receio, vergonha disso daí. A mulher tem menos vergonha de ir lá, pegar. Ela pega, ou ela vai lá e pergunta, porque às vezes não tá reposto. Vai lá, pergunta e pode entregar na mão dele na porta, mas ele não pega. Não sei se é algo que parece que ofende a masculinidade deles, sei lá.*

Nesta descrição, é importante salientar que, de forma corriqueira, a mulher idosa se encarrega espontaneamente de buscar preservativo masculino quando tem algum parceiro. Foi relatado também o interesse da população idosa sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs):

> *uma coisa que eu reparei que bastante idosos aderiram, ao teste rápido. Porque, geralmente, você não imagina um idoso querendo saber se ele tem sífilis, HIV ou algo do tipo. Hepatite. Teve bastante adesão de bastante idoso, você se surpreende, teve até casal de idoso fazendo tratamento de sífilis.*

O uso de preservativo por idosos e a infecção por DSTs são temas que devem ser abordados de forma constante na atenção primária, a fim de educar a população para a

importância do preservativo como forma de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis[44-47].

Pode-se afirmar que as pessoas idosas, assim como pessoas adultas, também exploram a sua sexualidade durante o processo de envelhecimento. Essa população tornou-se alvo da saúde pública no que condiz à prevenção de DSTs a partir de 2008, visto o aumento dessas doenças, sobretudo do HIV[48].

Por fim, os dois entrevistados salientaram a necessidade de mais profissionais, sobretudo da equipe de enfermagem, para atender à grande demanda dos usuários idosos. A entrevistada 1 diz: *"eu acho que a gente poderia ter uma equipe maior pela demanda que a gente tem. Mais médicos, na verdade [...]. Acho que uma equipe maior seria um bom ideal aqui pra gente. Seria muito bom. Uma equipe maior de enfermagem. Fica muita coisa"*. O entrevistado 2 ainda traz a informação de que

> *[...] eu precisaria ter quatro enfermeiros e seis técnicos de enfermagem. Hoje eu tenho três enfermeiros [...]. E tem apenas três técnicos de enfermagem. E precisaria ter um médico da comunidade em cada área, né?! Porque a gente poderia fazer mais grupos, fazer uma coisa com mais propriedade, mais qualidade, com menos pressa.*

Os relatos exemplificam que o maior número de profissionais, além de suprir a demanda dos usuários idosos, também poderia oferecer atendimentos com mais qualidade no atendimento integral e propor outros grupos que envolvam a população idosa. São muitas as demandas para gerir de forma eficiente a UBS. Porém, o número de profissionais de saúde é insuficiente. A necessidade de mais recursos humanos para atuação na linha de frente é percebida e relatada tanto por usuários idosos[49] quanto por profissionais atuantes na gestão das UBS[50].

Nesse sentido, o gerontólogo é um profissional capacitado que poderia atuar na AB com a promoção à saúde da pessoa idosa. Além de ter um olhar integral do idoso, o gerontólogo tem a função educativa de apresentar o envelhecimento sob uma perspectiva mais completa, não apenas por uma visão biomédica. Esse profissional compreende que "cuidar dos idosos significa, antes de tudo, entrar em contato com o nosso próprio processo de envelhecimento"[51].

4.4 Considerações Finais

O aumento do número de pessoas idosas no Brasil exige planejamentos a curto, médio e longo prazo para prover saúde à população e uma boa qualidade de vida, bem como uma atenção básica efetiva na medida em ela é e a porta de entrada ao sistema e serviços de saúde. Para tanto, é fundamental mapear o território, a população e as suas necessidades de saúde, assim como a oferta de serviços de saúde disponível. Com a aplicação do ICAB no município de Francisco Morato, foi possível traçar um perfil simplificado de como é a atuação da atenção básica em relação à população idosa.

Ainda que o ICAB tenha proporcionado uma base relativamente robusta, dado que o instrumento foi aplicado em todas as unidades do município, os dados qualitativos foram baseados apenas em duas entrevistas de uma das 12 UBS de Francisco Morato. Isso representa uma limitação da pesquisa, de forma que não é possível realizar afirmações assertivas, mas sugerir direcionamentos para futuras pesquisas no município.

O foco na saúde ainda é muito baseado no âmbito biológico, de procedimentos assistenciais a doenças, o que dificulta o olhar integral para a pessoa idosa, no que diz respeito à manutenção da sua capacidade funcional e à promoção à saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, nesse sentido, seria uma boa ferramenta para promover o cuidado integral e acompanhar a saúde do usuário, mas ela precisa ser utilizada por completo pelos profissionais que, por sua vez, necessitam de capacitação para a sua plena utilização. Por outro lado, também é necessário que se expandam as equipes de saúde, visto a alta demanda para um número reduzido de profissionais. A contratação de gerontólogos para atuar na atenção básica impulsionaria a qualificação do serviço ofertado à população, sobretudo à população idosa. Tanto a comunidade quanto os profissionais da AB se beneficiariam com a atuação do gerontólogo nas UBS.

Pode-se notar que, exceto a sanção da Política Nacional do Idoso e do Estatuto da Pessoa Idosa, as demais políticas ligadas à população idosa não representam leis, de fato, mas estratégias e direcionamentos que podem ser seguidos na AB. Portanto, cabe aos gestores implementar ações que, por vezes, podem ser inacessíveis devido a demandas da unidade, características da população adscrita, número de profissionais e realidade do município.

A realização de um perfil básico da APS à pessoa idosa, em Francisco Morato, mostra a necessidade de capacitar as equipes de saúde a cuidar dessa população de forma integral. O ICAB e as entrevistas proporcionaram mais detalhes sobre a prática diária dos profissionais. Por fim, futuras parcerias entre o Instituto de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de

Francisco Morato podem contribuir, no decorrer do desenvolvimento e envolvimento de diversos especializandos, para o aprimoramento do trabalho da atenção básica voltado à pessoa idosa no município.

4.5 Referências

1. Almeida RR et al. Relato de experiência de extensão: com que roupa eu vou?. São Paulo: Revista Kairós-Gerontologia, 2019, 22 (n. esp. 26, temático: “Envelhecimento e Aparência”), p. 199-233.

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [acesso em 16 set 2022]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html.

3. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Rio de Janeiro: Revista de Saúde Coletiva, 2017, 27 [2]: 255-276.

4. Osmo A, Schraiber, LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. São Paulo: Saúde e Sociedade, 2015, v. 24, supl. 1, p. 205-218.

5. Ianni AMZ. Mudanças sociais contemporâneas e saúde: estudo sobre teoria social e saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2018, cap. 6.

6. Brasil. Lei n. 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994 [acesso em 06 out 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm.

7. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

8. Brasil. Portaria n. 1.395 de 09 de novembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Diário Oficial da União, 1999 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf.

9. Brasil. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial da União, 2006 [acesso em 06 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

10. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

11. Ministério da Saúde (BR). Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 [acesso em 06 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf.

12. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. 3 ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [acesso em 27 set 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf.

13. Brasil. Lei altera o nome do Estatuto do Idoso para Estatuto da Pessoa Idosa [acesso em 09 mar 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2022/julho/lei-altera-o-nome-do-estatuto-do-idoso-para-estatuto-da-pessoa-idosa#:~:text=Foi%20sancionado%20o%20Projeto%20de,%E2%80%9Cpessoas%20idosas%E2%80%9D%2C%20respectivamente.

14. Brasil. Lei n. 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. 1990 [acesso em 08 fev 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

15. Souza MC et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. São Paulo: O Mundo da Saúde, 2012, 36(3):452-460.

16. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

17. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 5. ed.

18. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

19. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [acesso em 18 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

20. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [acesso em 18 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

21. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

22. Brasil. Decreto n. 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação [acesso em 25 out. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8114.htm.

23. Hoffman MCCL, Lobo MCA (orgs.). Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

24. Ministério da Saúde (BR). Orientações Técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

25. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - Saúde da pessoa idosa. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019.

26. Organização Pan-Americana da Saúde. Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030) [acesso em 21 nov 2022]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true.

27. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório mundial sobre o idadismo: resumo executivo. 2021 [acesso em 08 mar 2023]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/global-campaign-to-combat-ageism/9789275724309-por.pdf?sfvrsn=d7ff4d94_35&download=true.

28. Câmara Municipal de Francisco Morato. Aspectos gerais: Município de Francisco Morato [acesso em 10 fev 2023]. Disponível em: http://www.camarafranciscomorato.sp.gov.br/site/index/aspectosgerais.

29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Francisco Morato: História & Fotos [acesso em 10 fev 2023]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/francisco-morato/historico.

30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Francisco Morato: Panorama [acesso em 10 fev 2023]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/francisco-morato/panorama.

31. Ministério da Saúde (BR). Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

32. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2012, 17(3):621-626.

33. Placideli N. et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 2020; 54:6. Disponível em: http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370.

34. Van Olmen J et al. Content, participants and outcomes of three diabetes care programmes in three low and middle income countries. Prim Care Diabetes. 2015;9(3):196-202. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.pcd.2014.09.001.

35. Rabetti AC, Freitas SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. Rev. Saúde Pública. 2011;45(2):258-68. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000007.

36. Ministério da Saúde (BR). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 59).

37. Silva FHM et al. Intervenção de saúde sobre hipertensão e diabetes. Rev enferm UFPE on line. 2019; 13:e240593. Disponível em: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240593.

38. Rosa TEC et al. Atenção integral à saúde do idoso: uma prática em construção. In: Lucena FS et al. (orgs.). Fortalecendo o SUS: experiência de formação profissional no município de Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde, 2021, 362 p. (Temas em saúde coletiva; 30).

39. Sant'Ana LAJ, D'Elboux MJ. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. Rio de Janeiro: Saúde Debate, v. 43, n. 121, p. 503-519, abr-jun, 2019.

40. Fontes AP et al. Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as redes sociais. In: Neri AL, Guariento ME (orgs.). Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA. Campinas: Alínea; 2011. p. 55-73.

41. Berzins MAVS et al. Projeto Acompanhamento de Idosos. Saúde e Sociedade [Internet]. 2009;18(1):79. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263693029.

42. Prefeitura do Município de São Paulo. Documento Norteador: Unidade de Referência à Saúde do Idoso URSI [Anexos]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2021 [acesso em 07 mar 2023]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ANEXOS DOCNORTURSI21122016.pdf.

43. Miller JG, Oliveira LS. Caderneta do Idoso: sua aplicabilidade pelos ACS da rede de atenção básica de saúde do bairro Icaraí da cidade de Divinópolis-MG. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário Una Divinópolis, Minas Gerais, 2022.

44. Araújo KMST, Leal MCC, Marques APO. Correlação entre qualidade de vida, depressão, satisfação e funcionalidade das pessoas idosas com HIV. Rev Bras Enferm. 2021; 74(Suppl 2):e20201334.

45. Aguiar RB et al. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2020, 25 (6):2051-2062.

46. Lazzarotto AR. Oficinas educativas sobre HIV/Aids: uma proposta de intervenção para idosos. Rio de Janeiro: Rev Bras Geriatr Gerontol, 2013; 16(4):833-843.

47. Pereira GS, Borges CI. Conhecimento sobre HIV/Aids de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. Goiás: Esc Anna Nery (impr.), out-dez 2010; 14 (4):720-725.

48. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 46 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf.

49. Lima RRT et al. Identificando necessidades e possíveis soluções: com a palavra, pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, out-dez 2018, v. 42, n. 119, p. 997-989.

50. Barboza R, Morais MLS. Avanços e impasses da Estratégia Saúde da Família: a percepção dos gestores e gerentes da Região Metropolitana da Baixada Santista. São Paulo: Boletim do Instituto de Saúde - BIS, dez 2014, v. 15, n. 2.

51. Pessini L, Siqueira JE. Bioética, Envelhecimento Humano e Dignidade no Adeus à Vida. In: Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do número de pessoas idosas no Brasil exige um planejamento de curto, médio e longo prazo para proporcionar saúde e qualidade de vida às pessoas, além de uma atenção básica efetiva, por ser a porta de entrada aos serviços e sistema de saúde. Portanto, é necessário mapear o território, a população e suas necessidades de saúde, bem como os serviços de saúde disponíveis. Foi possível traçar um perfil simplificado da atuação da atenção básica em relação à população idosa por meio da aplicação do ICAB, no município de Francisco Morato.

Embora o ICAB forneça uma base relativamente robusta, os dados qualitativos são baseados em apenas duas entrevistas com uma das 12 UBS de Francisco Morato, considerando que a ferramenta foi aplicada em todas as unidades do município. Isso representa uma limitação do estudo, de modo que não é possível fazer afirmações assertivas, mas pode sugerir direções para pesquisas futuras na cidade.

As preocupações com a saúde ainda se baseiam em grande parte no espectro biológico, de procedimentos assistenciais a doenças, dificultando uma visão integral da pessoa idosa, no que diz respeito à manutenção de sua capacidade funcional e à promoção da saúde. Nesse sentido, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa seria uma ótima ferramenta para promoção da atenção integral e acompanhamento da saúde dos usuários, mas precisaria ser utilizada integralmente pelos profissionais, que por sua vez precisariam ser capacitados para utilizá-la de forma completa. Por outro lado, também é necessário ampliar a equipe de saúde, dada a alta demanda por um número reduzido de profissionais.

Percebe-se que, exceto a sanção da Política Nacional do Idoso e do Estatuto da Pessoa Idosa, outras políticas relacionadas à pessoa idosa não representam propriamente leis, mas estratégias e direcionamentos que podem ser seguidos na AB. Portanto, cabe aos gestores implementar ações que às vezes podem não ser acessíveis devido às necessidades da unidade, às características da população adscrita, ao número de profissionais e à própria realidade do município.

A realização de um perfil básico da APS à pessoa idosa, no município de Francisco Morato, demonstra a necessidade de capacitar as equipes de saúde para o atendimento integral a essa população. O ICAB e as entrevistas forneceram informações mais detalhadas sobre a prática diária dos profissionais. Por fim, uma futura parceria entre o Instituto de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde Francisco Morato poderá contribuir para a melhoria da atenção

primária à pessoa idosa no município, com o desenvolvimento e participação dos alunos de especialização em saúde coletiva.

6 REFERÊNCIAS

1. Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. São Paulo: Saúde e Sociedade, 2015, v. 24, supl. 1, p. 205-218.

2. Ianni AMZ. Mudanças sociais contemporâneas e saúde: estudo sobre teoria social e saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2018, cap. 6.

3. Vasconcelos SS, Gouveia GPM. Saúde coletiva e desafios para a formação superior em saúde. Bahia: Revista Baiana de Saúde Pública, abr./jun. 2011, v. 35, n. 2, p. 498-503.

4. Viana N, Soares CB, Campos CMS. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS (orgs.). Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole, 2013.

5. Almeida AH, Trapé CA, Soares CB. Educação em saúde no trabalho em enfermagem. In: Soares CB, Campos CMS (orgs.). Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole, 2013.

6. Prado M. (coord.). Análise de situação de saúde: município de Franco da Rocha - SP. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

7. Ministério da Saúde (BR). O sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 [acesso em 01 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf.

8. Giovanella L, Rizzotto MLF. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. Rio de Janeiro: Saúde Debate, set. 2018, v. 42, n. esp. 1, p. 6-11.

9. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Rio de Janeiro: Revista de Saúde Coletiva, 2017, 27 [2]: 255-276.

10. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L et al. (orgs.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

11. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.

12. Nunes ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS et al. (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

13. Brasil. Lei n. 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. 1990 [acesso em 19 set 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

14. Bestetti MLT et al. O impacto da urbanidade no envelhecimento humano: o que podemos aprender com a estratégia Cidade Amiga do Idoso?. São Paulo: Revista Temática Kairós-Gerontologia, dez. 2012, pp. 117-136.

15. Almeida RR et al. Relato de experiência de extensão: com que roupa eu vou?. São Paulo: Revista Kairós-Gerontologia, 2019, 22 (n. esp. 26, temático: “Envelhecimento e Aparência”), p. 199-233.

16. Brêtas ACP. et al. Quem mandou ficar velho e morar na rua?. São Paulo: REEUSP, 44(2): 476-81, 2010.

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [acesso em 16 set 2022]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html.

18. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. 3 ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [acesso em 27 set 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf.

19. Rozendo AS, Justo JS. Sentidos e espaços da velhice na legislação brasileira. In: Trench B, Rosa TEC (orgs). Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011, 290p. (Temas em Saúde Coletiva, 13).

20. Brasil. Lei n. 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994 [acesso em 06 out 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm.

21. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

22. Brasil. Portaria n. 1.395 de 09 de novembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Diário Oficial da União, 1999 [acesso em 06 out 2022]. Disponível em: https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf.

23. Brasil. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial da União, 2006 [acesso em 06 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

24. Ministério da Saúde (BR). Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 [acesso em 06 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf.

25. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. 3 ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [acesso em 27 set 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf.

26. Brasil. Lei altera o nome do Estatuto do Idoso para Estatuto da Pessoa Idosa [acesso em 09 mar 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2022/julho/lei-altera-o-nome-do-estatuto-do-idoso-para-estatuto-da-pessoa-idosa#:~:text=Foi%20sancionado%20o%20Projeto%20de,%E2%80%9Cpessoas%20idosas%E2%80%9D%2C%20respectivamente.

27. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

28. Luz A, Niering DB, Silva SL. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: conscientização dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde no município de Joinville. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Pós-Técnica em Saúde do Idoso) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Campus Joinville, Santa Catarina, 2018.

29. Melo EA et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Rio de Janeiro: Saúde debate, set. 2018, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51.

30. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

31. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [acesso em 18 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

32. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [acesso em 18 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

33. Brasil. Decreto n. 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação [acesso em 25 out. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8114.htm.

34. Brasil. Decreto n. 9.921, de 18 de julho de 2019 [acesso em 25 out 2022]. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm#art48

35. Hoffman MCCL, Lobo MCA (orgs.). Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

36. Ministério da Saúde (BR). Orientações Técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

37. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - Saúde da pessoa idosa. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019.

38. Organização Pan-Americana da Saúde. Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030) [acesso em 21 nov 2022]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true.

7 ANEXOS

ANEXO 1 - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA A ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO

Entrevistador: _____

Data da entrevista: _____/_____/_____

Bloco 1 - Identificação do entrevistado

Nome da unidade:_____

Telefone da unidade: _____

Nome do entrevistado: _____ Idade: _____

Formação profissional: _____ Tempo de formação: _____

Cargo/função: _____ Tempo na unidade: _____

Bloco 2 - Caracterização do serviço

1. Existe algum planejamento para a saúde da pessoa idosa? Se sim, como ele é realizado?
2. Existe ação específica para os idosos com hipertensão e diabetes? Se sim, como ela é realizada? Conte um pouco.
3. Como é feito o atendimento para idosos com algum tipo de perda sensorial? Conte um exemplo.
4. Há estratégias para idosos com demanda de saúde mental? Quais?
5. Vocês conhecem a Caderneta do Idoso? O município a utiliza?
5.1. Se sim, como vocês utilizam? Houve capacitação para o manuseio da Caderneta?
5.2. Se não, por que a UBS não utiliza a Caderneta? Você acharia importante utilizá-la?
6. Existe algum fluxo de atendimento especial quando chegam idosos com demandas de maior complexidade, como sequelas de AVC, transplante ou demência?
7. Como é feito o encaminhamento e a continuidade do cuidado?
7.1. Há um retorno garantido para a unidade?
7.2. Vocês têm um fluxo de referência e de contrarreferência?
8. Há alguma dificuldade específica em atender os idosos?
9. Existem ações de promoção para o idoso? Se sim, conte um pouco.
9.1. Caso existam ações, o que você acha que os idosos pensam sobre elas?
10. A UBS busca saber qual o nível de satisfação dos idosos atendidos?
10.1. Se sim, como? Se não, isso pode se tornar uma ação da instituição?
11. Os idosos têm algum meio para fazer elogios, críticas ou sugestões sobre o atendimento? Se sim, qual? Se não, por quê?
12. Na sua opinião, o atendimento oferecido pela UBS é suficiente para as demandas dos idosos? Caso não seja, o que mais poderia ser realizado?

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E 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.

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, 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 Assinatura do responsável pela entrevista