

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**VULNERABILIDADE SOCIAL NA POPULAÇÃO IDOSA PELO OLHAR DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

DANIEL HENRIQUE DE MORAES BARROS

Rio de Janeiro

2023

VULNERABILIDADE SOCIAL NA POPULAÇÃO IDOSA PELO OLHAR DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade de Medicina UFRJ em parceria com Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA

Mestrando: Daniel Henrique de Moraes Barros

Orientadora: Lívia Maria Santiago

Rio de Janeiro

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE. Assinatura: _____ Data: __/__/__

FICHA CATALOGRÁFICA

Barros, Daniel .

VULNERABILIDADE SOCIAL NA POPULAÇÃO IDOSA PELO OLHAR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Barros, Daniel – Rio de Janeiro, 2023.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestrado Profissional de Atenção Primária à Saúde. 2023.

Orientadora: Prof. Dra. Livia Maria Santiago.

Descritores: 1. Vulnerabilidade social. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Idoso

Vulnerabilidade social na população idosa pelo olhar da atenção primária à saúde –
uma revisão integrativa

Daniel Barros

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Professor(a) Dr (a) :

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Assinatura: _____

Professor(a) Dr (a) :

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Assinatura: _____

Professor(a) Dr (a) :

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Assinatura: _____

Ao meu pai. Saudades.

“...E se eu fosse o primeiro a voltar
Pra mudar o que eu fiz
Quem então agora eu seria?

Ah, tanto faz
Que o que não foi não é
Eu sei que ainda vou voltar
Mas eu, quem será?...”

(Rodrigo Amarante)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Deus por me proporcionar momentos e possibilidades para que eu estivesse cada vez mais evoluindo em minha vida pessoal e profissional.

Aos meus pais, Paulo Henrique e Tania Regina, que para além de acreditarem em mim em qualquer decisão que optei tomar, por todo investimento feito em mim durante todo o meu processo educacional e que me permitiu chegar até a busca do meu título de mestre.

Ao meu irmão, Luiz Fernando, que em diversos momentos me fez morrer de orgulho em todas as suas vitórias e me fez acreditar que posso ter diversas delas também, sempre me apoiando com muito entusiasmo e muito querer.

A minha irmã, Eva Regina, por estar presente na minha vida com seu jeito positivo de olhar a vida e sempre oferecendo muito apoio e acreditando demais em mim.

A minha avó, Maria Heloísa, mãe de meu falecido pai. Que traz consigo uma energia vital capaz de impactar todos ao seu redor e de se espelhar como modelo de resiliência.

A minha namorada, Maria, por ser uma pesquisadora no qual eu tenho enorme admiração pela sua trajetória e que me fez refletir sobre onde posso chegar e que devo buscar atingir meus objetivos e sonhos.

A minha orientadora, Dra. Lívia Maria Santiago, por ter aceitado embarcar nesse processo comigo e pela sua personalidade de muita calma e parceria que me trouxe muita leveza durante a construção da minha dissertação. Com enorme paciência, mesmo em todas as procrastinações possíveis, e ainda sim me motivando a desenvolver a pesquisa me criando muita força nesse processo.

A minha querida UFRJ, onde me graduei e onde tive oportunidade de retornar para realização do meu mestrado profissional. Grande parte da pessoa e do profissional que sou é fruto dos ensinamentos diários de grandes professores dessa instituição.

Ao programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade - PREFC - SMS/RJ no qual eu tenho imenso orgulho em fazer parte e poder me enxergar dentro

de um cenário com profissionais extremamente potentes e que acreditam cada vez mais em uma enfermagem de família cada vez mais valorizada.

Aos meus amigos de trabalhos da Clínica da Família Maria do Socorro, na qual faço parte com muita felicidade por mais de 3 anos e que diariamente me fazem desenvolver meu potencial em busca de um profissional cada vez melhor e mais reflexivo.

A Rocinha, uma favela que sempre imaginei trabalhando e hoje posso dizer com muita alegria que faço parte de uma pequena parte da história como trabalhador de saúde, e que com o meu conhecimento adquirido, posso tentar devolver e ajudar um pouco esse povo maravilhoso que possuem grandes necessidades de suporte em saúde.

Ao SUS que me trouxe uma paixão pela Estratégia de Saúde da Família e me transformou como indivíduo me trazendo propósito de vida como profissional de saúde dentro desse modelo de sociedade que merece reflexões diárias sobre todos os processos sociais de desigualdade que vivemos.

E desde já por toda a contribuição da banca de defesa do mestrado. Primeiro pelo aceite do convite e em segundo por poder acrescentar ao crescimento desse trabalho que tenho muito orgulho de poder dizer que se trata da minha defesa de dissertação de mestrado.

Desafios:

Nos últimos anos, a vontade de realizar mestrado profissional estava ficando cada vez mais presente. A prática profissional, que me ajudou muito a evoluir como enfermeiro e como pessoa, estava se tornando angustiante, desde as demandas que todo trabalhador encontra em seu processo de rotina de trabalho como por diversas questões políticas envolvidas que dificultavam bastante a manutenção de uma forte motivação.

Com isso uma chama se acendeu. Uma chama que sempre esteve comigo há mais de 10 anos desde o período em que me graduei na Universidade Federal do Rio de Janeiro, a vontade de me tornar professor. Para isso, é necessário subir degraus e realizar um mestrado.

A partir de 2019, quando iniciei o mestrado profissional multiprofissional da Faculdade de Medicina da UFRJ/HESFA, tive inúmeras surpresas positivas e negativas. A troca que tive com todos meus colegas de turma e com as incríveis dinâmicas de aula dos professores maravilhosos que tivemos me fez perceber o quanto o espaço de sala de aula é potente e do quanto me sinto pertencente a este espaço. Me afetava de uma forma muito alegre estar presente para esses momentos.

Em contrapartida, nesse período, me deparei com diversas questões desafiadoras como: Luto pelo falecimento de meu pai, troca de residência três vezes, desligamento de empresa por troca de Organização Social, assumir uma nova equipe em um território desconhecido, um novo cargo desafiador, problemas com computador, cabo de energia pegando fogo em plena qualificação, mudanças na abordagem da pesquisa, separação, lidar com ansiedade perante mudanças e uma grande perda na vida, outra separação. Sim, isso tudo com máscara no rosto a todo tempo. Estávamos em plena pandemia, muito mal gerida, diga-se de passagem.

Em meio a toda procrastinação em que é comum de qualquer estudante, busquei forças para retomar a escrita e batalhar para a realização de uma boa dissertação de mestrado. É difícil buscar essa motivação. Mas estar atualmente em um cargo de preceptor, um docente assistencial, me fomenta a vontade de estudar e crescer novamente.

Outro desafio é viver tempos políticos sombrios, que desde 2016 e depois em 2018, protagonizam de forma clara um cenário que se encaminha para o desmonte de uma estrutura que vem sendo construída ao longo dos anos de forma exitosa. Esse desmonte afeta pacientes e profissionais, com redução do acesso, redução de salário, demissões, redução da estrutura. Estar em um ambiente desse em sempre nos vimos como personagens de mudança social se tornar em um ambiente que nos enxergamos apenas como espectador de um show de horrores é angustiante.

Infelizmente, ou felizmente, desde que peguei meu diploma da graduação há mais de 10 anos, venho percebendo a necessidade de sempre manter uma postura de resistência, e com essa postura, cada vez mais calejada, planejo seguir em frente. Olhando para frente. Defendendo o que acredito. Por um SUS com mais equidade, mais justo, mais universal e mais potente.

Aos que acreditam no SUS, que a gente nunca perca a esperança de fazer um SUS cada vez melhor. Como já dizia o mestre Paulo Freire “*Esperança é se levantar, esperança é ir atrás, esperança é construir, esperança é não desistir! Esperança é levar adiante, esperança é juntar-se com outros para fazer de outro modo...*”.

SUMÁRIO

RESUMO	03
ABSTRACT	04
1 - INTRODUÇÃO	05
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	07
2.1- Envelhecimento e saúde pública	07
2.2- Abordagem histórica do conceito de vulnerabilidade e aplicabilidade na saúde	10
2.3- O conceito de vulnerabilidade social	11
2.4- Vulnerabilidade social, envelhecimento e saúde	13
2.5- Vulnerabilidade social na Atenção Primária à Saúde	15
3 - JUSTIFICATIVA	16
4 - OBJETIVOS	17
4.1- Objetivo geral	17
4.4 – Objetivos específicos	17
5- PERCURSO METODOLÓGICO	18
6 - RESULTADOS	18
7 - DISCUSSÃO	23
8 – PRÁTICA CLÍNICA NA APS E SUAS POSSÍVEIS INTERVENÇÕES	29
9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

LISTA DE ABREVIATURAS

Agente Comunitário de Saúde	ACS
Atenção Primária à Saúde	APS
Centro de Referência da Assistência Social	CRAS
Escala de Fragilidade de Edmonton	EFE
Estratégia de Saúde da Família	ESF
Índice de Vulnerabilidade Social	IVS
Índice Paulista de Vulnerabilidade Social	IPVS
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	IPEA
Lei Orgânica da Assistência Social	LOAS
Minas Gerais	MG
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	NASF
Organização das Nações Unidas	ONU
Organização Mundial da Saúde	OMS
Paraíba	PB
Política Nacional de Saúde do Idoso	PNSI
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	PNSPI
Rio de Janeiro	RJ
São Paulo	SP
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	AIDS
Sistema Único de Saúde	SUS
Vírus da Imunodeficiência Humana	HIV
Vulnerable Elders Scale	VES-13

RESUMO

Introdução: O presente estudo parte das seguintes afirmações: 1. O envelhecimento populacional no Brasil tem acontecido de forma rápida. Em 1940 o percentual de idosos no Brasil era cerca de 4,1%, hoje em dia se estima que haja cerca de 14% de idosos. 2. Expansão do modelo de Estratégia de Saúde da Família em todo território nacional, sendo esse o modelo considerado como porta de entrada ideal para o usuário. 3. Os arranjos domiciliares têm se modificado com o tempo. 4. O contexto de vulnerabilidade social tem se mostrado amplo e evidencia que os idosos em situação de vulnerabilidade social geram maior impacto nas políticas públicas de saúde.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa com o objetivo de identificar os diferentes conceitos de vulnerabilidade social com enfoque no idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). As bases de dados utilizadas foram SCIELO, PUBMED e LILACS, com os seguintes descritores: Vulnerabilidade Social, Idosos, Atenção Primária à Saúde. Dentro dos critérios de inclusão estavam os artigos que foram publicados a partir de 2010 nas línguas portugues, inglês e espanhol e que abordaram a temática buscando entendimento do conceito de vulnerabilidade social.

Resultados: Foram incluídos 5 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os artigos pertencem entre os anos de 2015 e 2021. 100% dos artigos mencionaram que os fatores: Renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde são elementos que influenciam diretamente na vulnerabilidade social desse idoso, 60% dos artigos mencionaram que gênero, condição socioeconômica e suporte social também são fatores associados à alteração do nível de vulnerabilidade social. **Discussão:** Dividida em 3 categorias após leitura dos artigos: Fatores associados à vulnerabilidade social, uso de instrumentos para avaliação de vulnerabilidade social e papel da APS na intervenção e como gestora do cuidado e de políticas públicas. **Considerações finais:** Os fatores associados mais presentes são os que possuem relação direta com políticas públicas de educação e de desigualdade social que não foram trabalhadas de forma precisa nos últimos anos. Os instrumentos usados para avaliação de vulnerabilidade social (IVS e IPVS) são instrumentos com caráter demográfico e sanitário, não individual. A APS tem papel de protagonismo no cuidado dessa população juntamente com políticas públicas de saúde buscando um olhar diferenciado e com maior equidade. Existem poucos estudos sobre a temática de vulnerabilidade social em idosos na APS, o que pode identificar um reflexo da invisibilidade histórico-social desse recorte populacional que se encontra em uma situação de maior vulnerabilidade com o tempo.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social, Atenção primária à saúde, idoso.

ABSTRACT

Introduction: This study is based on the following statements: 1-Brazil's population is aging fast. In 1940 the percentage of elderly people in Brazil was about 4.1%, nowadays it is estimated that there are about 14% of elderly people. 2-Expansion of the Family Health Strategy model throughout the national territory, this model being considered as the ideal gateway for the user. 3-household arrangements have changed over time. 4- The context of social vulnerability has been shown to be broad and shows that elderly people in situations of social vulnerability have a greater impact on public health policies. **Method:** This is an integrative review with the objective of identifying the different concepts of social vulnerability with a focus on the elderly in the scope of Primary Health Care (PHC). The databases used were SCIELO, PUBMED and LILACS, with the following descriptors: Social Vulnerability, Elderly, Primary Health Care. Within the inclusion criteria were articles that were published from 2010 onwards in Portuguese, English and Spanish and that addressed the theme seeking to understand the concept of social vulnerability. **Results:** Five articles that met the previously established inclusion criteria were included. The articles belong between the years 2015 and 2021. 100% of the articles mentioned that the factors: Income, education and access to health services are elements that directly influence the social vulnerability of this elderly person, 60% of the articles mentioned that gender, socioeconomic status and social support are also factors associated with changes in the level of social vulnerability. **Discussion:** Divided into 3 categories after reading the articles: Factors associated with social vulnerability, use of instruments to assess social vulnerability and the role of PHC in intervention and as a manager of care and public policies. **Final considerations:** The most present associated factors are those that are directly related to public policies on education and social inequality that have not been worked on precisely in recent years. The instruments used to assess social vulnerability (IVS and IPVS) are demographic and sanitary instruments, not individual ones. The PHC has a leading role in the care of this population along with public health policies seeking a differentiated look and with greater equity. There are few studies on the subject of social vulnerability in the elderly in PHC, which can identify a reflection of the historical and social invisibility of this population group that finds itself in a situation of greater vulnerability over time.

Keywords: Social vulnerability, Primary health care, aged.

1- INTRODUÇÃO:

O crescimento populacional de idosos por todo o mundo torna o manejo de doenças crônicas e a melhoria de vida desse grupo um grande desafio para a saúde pública mundial. A Organização das Nações Unidas (ONU) sugere diferentes pontos de corte cronológico que abrangem a definição de idoso segundo o nível de desenvolvimento dos países, considerando seu contexto e condições, para efeito de formulação de políticas públicas (FREITAS et al., 2018). Em países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, enquanto nos países desenvolvidos, idosos são aqueles com idade igual ou superior a 65 anos.

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional tem ocorrido rapidamente nos últimos anos, em decorrência da transição demográfica. Em 1940, os idosos representavam 4,1% da população total brasileira e, em 2011, somavam 20,5 milhões, o equivalente a 10,8% do total. Para o ano de 2020, os idosos brasileiros já representavam cerca de 14% da população total, o que colocava o país em sexto lugar na classificação mundial (FREITAS et al., 2018). É importante ter em vista o aumento em números absolutos e proporcionais dos idosos, para traçar mudanças nas políticas públicas voltadas para tal população, principalmente no âmbito da atenção primária, grande responsável pela manutenção de protocolos assistenciais. Com o envelhecimento populacional, o aumento na proporção de pessoas que demandam cuidados tenderá a se perpetuar, exigindo adequação das políticas assistenciais existentes (BRITO et al., 2019).

Malta et al. (2016) apontam que nos últimos anos ocorreu uma grande expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional, com grande apoio do Ministério da Saúde, sendo essa considerada estratégia prioritária de estruturação da atenção primária à saúde e principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF tem papel fundamental no acolhimento e primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, funcionando estruturalmente pelas equipes de saúde da família.

Diversas modificações estruturais nas famílias são provocadas devido ao envelhecimento populacional, considerando as distintas possibilidades de conceitos familiares existentes, que são caracterizados de acordo com as diferentes abordagens cientificamente adotadas. Segundo Bolina (2016), para o estudo da Antropologia, a

definição do termo família é tida como “grupo de pessoas ligadas por relações afetivas construídas sobre uma base de consanguinidade e aliança”, no entanto, outras linhas de pesquisa como as linhas Sociológica, Demográfica e Econômica, delimitam o conceito de família restrito a espaços físicos, quando consideram como um grupo de pessoas que residem em um mesmo ambiente (BOLINA, 2016). Bolina (2016) também afirma que no Brasil, embora existam alta frequência de pessoas idosas que moram juntas com outras pessoas idosas em co residência, observa-se também, ao longo dos anos, um crescimento de indivíduos que moram sozinhos em suas residências. Mesmo que residir sozinho possa significar uma conquista no ato de envelhecer e no processo de envelhecimento, visto que o idoso poderia experimentar momentos de maior privacidade e liberdade, esse tipo de arranjo estrutural nos ambientes domiciliares pode se dar com idosos que necessitam de auxílio em determinadas questões de sua rotina, em especial, aqueles que apresentam comorbidades, problemas familiares e condições de vida precárias.

A vulnerabilidade social é um fator importante a ser considerado em qualquer etapa da vida, porém na velhice existem fatores mais específicos que a idade avançada potencializa, trazendo consequências significativas para a saúde e bem-estar dos indivíduos. Os idosos em situação de vulnerabilidade social acabam trazendo maior demanda para a saúde pública, visto que necessitam de maior atenção nos aspectos de saúde e de assistência social. Assim, faz-se necessário entender mais profundamente o que caracteriza a vulnerabilidade social em idosos para que possa permitir contribuições para o sistema público de saúde e reformulação de políticas para essa população específica (JESUS, 2017).

Jesus (2017) afirma que a vulnerabilidade social está associada a questões financeiras, educacionais, suporte social e acesso aos serviços de saúde. Já Da Silva Alves (2020) traz a relevância de entendermos a interseccionalidade e os fatores de gênero, raça e sexualidade como fatores que possam gerar influência nos determinantes de vulnerabilidade social. As diferentes abordagens dos autores apontam que o conceito de vulnerabilidade social pode ser abordado sob óticas distintas. Jesus (2017) também afirma que os estudos sobre vulnerabilidade social com os idosos ganham atualmente uma relevância maior devido à mudança de dinâmica nos processos de vida que o idoso tem tido nos últimos anos.

2- REFERENCIAL TEÓRICO:

2.1- ENVELHECIMENTO E SAÚDE PÚBLICA

A modificação na Constituição Federal da República do Brasil no ano de 1998, que passa a preconizar que a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado, é considerada um importante avanço para a saúde pública a nível nacional. Com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde em 1990 (Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990), é oficialmente criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que coloca a universalidade, a integralidade do cuidado e a equidade como seus princípios. Tais princípios, representam uma transformação do modelo de saúde tradicional existente em nosso país, colocando a integralidade para além de uma diretriz do SUS. Falar sobre integralidade na saúde é remeter à interdisciplinaridade do cuidado, da visão do indivíduo de forma holística, das relações de serviços entre os diferentes níveis de atendimento e das relações no trabalho em equipe (COUTINHO et al., 2013).

Quando se menciona o princípio da equidade, refere-se ao estabelecimento de oportunidades justas para que cada um possa atingir um potencial completo de saúde. Siqueira e colegas (2017) indicam que as secretarias e o governo, ao considerar o debate sobre populações em situações de vulnerabilidade, criaram as Políticas de Atenção Integral à Saúde para esses grupos. Mais adiante, tais políticas foram reestruturadas para o que o Ministério da Saúde denominou de Políticas de Promoção de Equidade em Saúde.

Segundo Fernandes e Soares (2012), já havia iniciativas governamentais voltadas para a população idosa desde a década de 1970, que se configuravam em ações relacionadas à assistência e à proteção social, como exemplo, os benefícios não contributivos e aposentadorias para trabalhadores rurais, mas, somente em meados de 1990, foi instituída uma política nacional para tal grupo populacional.

Atualmente no Brasil, existe uma tentativa de reestruturação das políticas de cuidado para responder às crescentes demandas do envelhecimento populacional, com a necessidade de preparo para proporcionar um cenário do bem-estar aos idosos, considerando as questões de saúde que os envolvem. O grupo de idosos emergiu rapidamente no cenário da vulnerabilidade, assim que o Sistema Único de Saúde iniciou seu processo de regulamentação. Entendendo a necessidade de ter um cenário para lidar com a transição demográfica e o conseqüente incremento do número absoluto e proporcional dos idosos no país, foi promulgada em 1994 e

regulamentada pelo Decreto nº 1948 de 03 de junho de 1996, a Política Nacional do Idoso (PNI). Tal política confere socialmente os direitos necessários à pessoa idosa, buscando criar uma estrutura mais favorável para promover autonomia, integração e uma efetiva participação desse idoso na sociedade. Para além disso, reafirma o direito dos idosos à saúde nas diversas esferas assistenciais dentro do SUS (FERNANDES & SOARES, 2012).

A Portaria Ministerial nº 1395, no ano de 1999, anunciou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e determinou que entidades e órgãos do Ministério da Saúde que estivessem envolvidos na temática atuassem na promoção e elaboração e/ou reestruturação de projetos e planos, em conformidade com as diretrizes propostas e responsabilidades nela estabelecidas. A perda da capacidade funcional do idoso, que significa a perda de habilidades mentais e/ou físicas que são necessárias para realizar atividades básicas e atividades instrumentais de vida diária, tornou-se uma das principais preocupações de tal política (BRASIL, 2006). Passou a ser importante que as políticas voltadas à população idosa se configurassem na tentativa de preservar a autonomia dos indivíduos idosos (CUNHA et al., 2012).

O Estatuto do idoso, de 2003, foi elaborado com um grande envolvimento de órgãos de defesa sobre questões dos interesses dos idosos. Tal Estatuto buscou promover uma ampliação da resposta do Estado e da sociedade às necessidades das pessoas idosas, porém não apresentou propostas de financiamento para as ações necessárias. Seu uso como ferramenta para conquistar o direito dos idosos, a ampliação da Estratégia de Saúde da Família que evidencia a presença de família e idosos em cenário de fragilidade e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda muito precoce das redes de Assistência de Saúde do idoso do estado, foram essenciais para que se justificasse a necessidade de intervenção e adequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006).

O governo brasileiro tem aprovado leis direcionadas ao público idoso, que visam gerar, como consequência, um processo de envelhecimento ativo e saudável, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa política direciona como um de seus objetivos a promoção de integração, independência, autonomia e participação ativa do idoso na sociedade, com vistas aos atendimentos de suas necessidades essenciais e ao exercício de uma cidadania plena, nos diferentes níveis de suporte de saúde do SUS. De acordo com o Ministério da Saúde, a finalidade primária da PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos,

direcionando medidas sanitárias de formas coletivas e individuais de saúde com essa finalidade, juntamente com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006).

Segundo Martins et al (2007), a PNSPI foi reformulada, considerando o Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais para consolidação do SUS, entendendo que é necessário encontrar mecanismos de enfrentamentos de desafios que são colocados pelo processo de envelhecimento, que por muitas vezes também é caracterizado por doenças crônicas, passíveis de prevenção e controle, e por incapacidades, que podem ser evitadas ou minimizadas. Dentre os desafios citados pelos autores, encontra-se a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Os autores ainda reforçam que o Pacto pela Vida é um dos destaques de reforma institucional articulado e integrado, defendido pelos gestores do SUS, enquanto compromisso público da construção do Pacto pela Saúde. A saúde do idoso é parte das prioridades do Pacto pela Vida e busca a atenção integral e a implementação da PNSPI, sendo necessário compreender que a educação permanente direcionada para a temática do processo de envelhecimento, para a saúde individual e para a gestão de serviços de saúde, é a estratégia de maior capacitação profissional (MARTINS et al., 2007).

Silva e colaboradores (2010) trazem a ideia de que é possível manter um quadro de envelhecimento saudável e ativo com qualidade de vida e que isso tem gerado discussões sobre o processo de envelhecimento, deixando claro que velhice e o envelhecimento não devem ser apontados como sinônimos de doença e inatividade. A Organização Mundial da Saúde (2015) corrobora tal ideia, ao definir que envelhecer de forma saudável é ter um bom processo de desenvolvimento e manutenção de sua própria capacidade funcional, que possa permitir seu bem-estar no envelhecimento. Entretanto, tanto condições sociais, quanto as de saúde, podem estar envolvidas na vulnerabilidade em saúde no processo de envelhecimento. Dentro dessas condições, são citadas: a capacidade funcional, a prevalência de doenças crônicas, a disponibilidade de programas e serviços, recursos disponíveis de forma social e a posição sociocultural que os indivíduos ocupam (SILVA et al., 2010).

2.2 - ABORDAGEM HISTÓRICA DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE E SUA APLICABILIDADE À SAÚDE

Para abordar e conceituar vulnerabilidade social, faz-se necessário entender o contexto histórico da gênese do termo vulnerabilidade e como houve essa migração como uma ramificação para o termo vulnerabilidade social. Scott (2018) aborda marcos históricos e políticos importantes em seu estudo que nos ajudam a entender bem sobre questões de desigualdade e desencadeadores do processo de vulnerabilidade social. O autor relembra que o conceito de vulnerabilidade na saúde surgiu nos anos 80 com a epidemia de HIV, se referindo a pessoas com uma gama de fatores associados em que poderia predispor a ter mais risco de saúde devido ao vírus, gerando posteriormente uma interseção com a ligação entre o conceito levado na saúde e pelos direitos humanos, ganhando força em discussões de saúde pública avançando para além de conceitos epidemiológicos de risco, grupo de risco e comportamento de risco. Com isso, a epidemia de AIDS criou ferramentas para que pesquisadores entendessem que a questão de vulnerabilidade ligada ao HIV não estava ligada a grupos de risco/comportamento de risco, e sim para diferentes contextos sociais, gerando uma compreensão mais aberta sobre as diferenças de grupo e identidade, trazendo para o cenário social em que eram ocupados na sociedade. Após isso, a epidemia de AIDS passou a ser vista de um ponto de vista de vulnerabilidade passou a ser enxergada como algo social e não de grupos específicos.

Tanto Czeresnia (2009) em seu livro intitulado “promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências” quanto Bertolozzi (2009) relatam que o termo vulnerabilidade surgiu na advocacia, pelos Direitos Universais do Homem e designava fragilidade individual ou de grupos nos aspectos jurídicos ou políticos, mas que inicia a trajetória conceitual pela saúde juntamente na epidemia de AIDS como falado anteriormente. Somente quando o conceito é encarado juntamente pelo ativismo político diante a epidemia juntamente com as interlocuções com direitos humanos na época, é que esse conceito de vulnerabilidade passou a ser inserido aos poucos na saúde pública. Ganhando discussões na escola de saúde pública de Harvard no início dos anos 90, com proposta de diagnóstico epidemiológico e suas tendências, trazendo cada vez mais um conceito construtor de uma percepção reflexiva passando por construções culturais, comportamentais, econômicas e políticas, conseguindo ser aplicada de forma cautelosa e rigorosa ao cenário da saúde pública.

Devido a aspectos individuais e de contextos coletivos, a exposição a agravos gera como consequência maior risco de adoecimento e de morte para pessoas em situação de vulnerabilidade, assim como a obtenção de subsídios e recursos para combater determinada situação em que o paciente vulnerabilizado se encontra. Entendendo esse contexto, o processo saúde-doença interpretado com todo esse contexto, consegue mostrar que os marcadores de vulnerabilidade também são indicadores de iniquidade e de desigualdade social, mostrando que o paciente em situação de vulnerabilidade encontra-se em desvantagem em todo o processo pré, trans e pós adoecimento (BERTOLOZZI, 2009).

Muñoz Sánchez (2007) afirma que alguns estudiosos, na tentativa de categorizar e entender melhor os processos acerca da dinâmica de vulnerabilidade no Brasil, optam por dividir o conceito de vulnerabilidade em três nomenclaturas e especificidades: Vulnerabilidade individual, social e programática: O primeiro se deve ao comportamento individual, grau e a qualidade da informação do paciente acerca do seu problema; o segundo à conjuntura social, acesso e disponibilidade de recursos cognitivos e materiais do indivíduo, assim como participação política; e o terceiro fala para além do acesso à saúde, mas sim das possibilidades de acompanhamento, estruturação da rede assistência e suporte com esse usuário para manutenção do seu cuidado. Com isso, mostra-se de extrema relevância a necessidade de operacionalizar o conceito de vulnerabilidade e, assim, contribuir com um bom desenvolvimento de um modelo de saúde pública com práticas renovadas e evidenciando que o cuidado em saúde depende para além da esfera de saúde e se estendendo para outros setores da sociedade em uma perspectiva multidisciplinar.

2.3– O CONCEITO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Scott (2018) refere em seu estudo que o termo “vulnerável” traz com ele a ideia do mais fraco e daquele que está em desvantagem quanto a critérios como: renda, serviços, qualidade de vida, educação e saúde. Com isso, vale ressaltar que o autor refere que o termo vulnerabilidade social veio depois do termo exclusão social, e que o termo exclusão social veio anteriormente em diversas reflexões sociais que falam sobre marginalidade e pobreza. Logo, exclusão social era parte de um direcionamento de discussão que falava sobre relações sociais do contemporâneo, expressas por uma realidade de um cenário de trabalhos precarizados, desqualificação social,

desumanização do outro e desagregação da identidade do outro. Entendendo que a lógica de mercado era muito presente no momento, era nomeado como vulnerável aqueles que se encontravam fora do sistema.

Cançado (2014) indica que Karl Marx, na obra de 1867 O capital, já falava sobre as contradições inerentes à existência de uma sociedade voltada para o capitalismo. No livro, Marx afirma que as relações de produção têm como pura essência e objetivo o lucro, o que gera exploração das forças de trabalho, definindo de forma clara uma classe dominante e outra dominada e, pressupondo que as desigualdades são geradas a partir da existência de um modo de produção capitalista.

Para o processo de vulnerabilização do indivíduo, Cançado (2014) aponta duas vertentes, uma econômica e a outra social. Assim, a vulnerabilidade seria bem delimitada pela precariedade do trabalho, juntamente à fragilidade do vínculo social. A precariedade do contexto econômico poderia levar a inúmeras privações materiais e às fragilidades em relações pessoais geraria como consequência em um processo de isolamento social.

A vulnerabilidade social vem assumindo uma visibilidade cada vez maior, uma vez que coloca determinados eventos como resultado de um processo social que é remetido a uma situação de vida e rede social de apoio. Entende-se que o comportamento é influenciado por questões de interseccionalidade e recursos de natureza econômica e política, sociocultural e jurídica, distribuídos entre gêneros, localidade, raça e faixa etária. A resultante da integração desses diferentes aspectos gera como consequência debilidades e desvantagens no quesito desempenho e na mobilidade social das pessoas envolvidas e acaba se relacionando com maior ou menor grau da qualidade de vida dos indivíduos envolvidos (BARBOSA, 2015).

A vulnerabilidade social pode ser compreendida como um estado do indivíduo, da família ou de sua conjuntura social serem colocados em uma situação vulnerabilizada, de desigualdade social, relacionando com pobreza, sexo, idade e classe social, podendo ser também uma construção social decorrente das transformações da sociedade, abrangendo questões de transformações e condicionantes históricos, acarretando exposição de fragilidades. Com isso, a condição de vulnerabilidade também considera a situação da pessoa dentro do contexto de inserção e de estabilidade no mundo do trabalho, acesso a serviços públicos e proteção social (GOULART RIGHETTO, 2018). O contexto de vulnerabilidade social trazido pelo autor acima em seu estudo, sintetiza bem os fatores

condicionantes e explica brevemente sobre como esses fatores são desencadeadores de uma desigualdade social decorrente de um processo histórico.

Entendendo que não existe uma definição única sobre o conceito de vulnerabilidade social, Scott (2018) refere que vulnerabilidade social pode ser aplicada por pessoas que vivenciam situações de adversidades em sua rotina, tendo fatores de risco que afetam negativamente seu cotidiano. O conceito de vulnerabilidade social também aparece pelo entendimento da assistência social, não colocando a pobreza como determinante isolado, e sim por uma consequência de um processo de desigualdade social em que a vulnerabilidade social surge em virtude da escassez de recursos e acesso a oportunidades. Vale lembrar que o autor reforça que a vulnerabilidade social surge devido a multiplicidade de fatores como: condições socioeconômicas, acesso a serviços de saúde, cultura existente, relações sociais e subjetividades no geral.

2.4 - VULNERABILIDADE SOCIAL, ENVELHECIMENTO E SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) atenta para a situação de pacientes idosos socialmente vulneráveis, trazendo como importantes para a qualidade de vida as questões socioeconômicas, individuais e coletivas, e a percepção do suporte e rede familiar, que se encontram dentro de um cenário de questões psicológicas, familiares e de convivência (INOUE et al., 2010).

Inoue e colegas (2010) citam o conceito de vulnerabilidade social como o resultado do comprometimento de questões sociais, psicológicas, econômicas, físicas ou cognitivas, que podem gerar uma maior probabilidade para ocorrer eventos clínicos adversos, como comprometimento de um cenário anterior de bem-estar, necessidade de hospitalização, risco de institucionalização e eventual óbito. Paz et al. (2006) apontam que diversas situações presentes no cotidiano da população idosa estão associadas à vulnerabilidade social, referindo-se a questões socioculturais, de saúde e economia. Para Jesus e colegas (2017), a vulnerabilidade social está diretamente associada a fatores relacionados às condições econômicas, nível de escolaridade e acesso aos serviços de saúde e suporte social, gerando consequências como o desenvolvimento da fragilidade, junto a limitações funcionais e físicas, acompanhadas de comorbidades.

Rodrigues e Neri (2012) realizaram uma análise entre as relações de vulnerabilidade social (englobando questões como gênero, idade e renda) e de saúde individual (comorbidades, sinais e sintomas, incapacidade funcional, suporte social percebida e saúde percebida) e programática (indicadores de dependência do SUS e de vulnerabilidade social e acessos aos serviços de saúde) em um grupo de idosos em Campinas, no estado de São Paulo. As autoras concluíram que havia maior presença de idosos mais velhos nos grupos de muito alta vulnerabilidade social e com maior dependência dos serviços e acesso ao SUS. Além disso, os idosos que mais dependiam dos serviços de saúde eram os que possuíam menor renda familiar mensal.

Em um estudo com a proposta de determinar uma possível relação entre qualidade de vida e de suporte social/familiar entre idosos, de acordo com características de território e vulnerabilidade social, Inouye e colegas (2010) perceberam que uma grande parte da população de idosos estavam inseridos em um espectro social de classes sociais mais baixas e com conseqüente situação de maior vulnerabilidade. Os autores indicaram que a redução de potencial econômico restringe possibilidades de escolha das pessoas de casa, quando se trata dos idosos e seus familiares, fazendo com que sejam forçados a viver juntos, na mesma residência. Também mencionaram que morar junto com o idoso podia ser um fator de sobrecarga de sentimentos ruins e estresse, caso os membros da família não estivessem preparados para o convívio (YNOUYE et al., 2010). Em contrapartida, a literatura sugere que várias pessoas morando na mesma residência pode ser um fator positivo, tanto para os idosos, quanto para o cuidador primário, uma vez que aumenta as chances de uma única pessoa não ficar sobrecarregada com um idoso que necessita de maiores cuidados (SANTOS et al., 2010).

É válido também dizer que a vulnerabilidade social é decorrente de uma diversidade de cenários que a população idosa enfrenta no seu dia a dia, relacionada a aspectos culturais, econômicos, sociais e de saúde. Como exemplo, um baixo valor de renda ou de aposentadoria pode não ser suficiente para prover uma condição social adequada, tanto para o idoso, quanto para o núcleo familiar envolvido.

É necessário entender que fatores como morar sozinho, discriminação de idade, renda baixa e nível baixo de escolaridade podem ser determinantes na vulnerabilidade social do idoso, e conseqüentemente reduzir seu envolvimento social, sua possibilidade de rede de apoio, levar à perda de autonomia e à redução da

qualidade de vida. Barbosa (2015) afirma que idosos em contexto de pobreza se tornam potencialmente vulneráveis aos estressores, devido à redução de envolvimento e/ou exclusão social, com possibilidade de perda de autonomia, redução da qualidade de vida e menor acesso aos cuidados de saúde.

Um estudo realizado com idosos usuários da Saúde da Família no município de São Carlos/SP, com o objetivo de identificar alterações cognitivas em diversos contextos de vulnerabilidade social, revelou que pessoas que se encontravam em uma situação economicamente precária eram mais suscetíveis ao risco de adoecimento e apresentavam maiores chances de evoluir a óbito, quadro que se intensificava em populações mais desprotegidas ou vulneráveis (SANTOS et al., 2010).

Jesus e colaboradores (2017) realizaram um estudo que visava caracterizar o perfil dos idosos em contexto de vulnerabilidade social, usuários de uma unidade de atenção primária de saúde do município de São Carlos/SP, no que se referia à fragilidade. Foi identificado que os idosos mais frágeis moravam nas regiões que eram mais socialmente vulneráveis. Santos e colegas (2010) indicam a necessidade da reavaliação das estratégias de cuidado, políticas públicas e sociais no âmbito da família e da sociedade. O aumento da proporção de pessoas acima de 60 anos faz com que seja necessário adotar medidas de saúde específicas com maiores dimensões para esse público. Estas políticas públicas precisam estar alinhadas ao perfil da população crescente, também, no que tange suas necessidades sociais, visto que tanto impactam nas condições de saúde, acesso e bem-estar.

2.5- VULNERABILIDADE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel de coordenadora e ordenadora do cuidado, estando organizada, segundo o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), em equipes multiprofissionais, e tendo o trabalho em equipe como uma das suas diretrizes operacionais de trabalho. Há um consenso sobre a forma como as vulnerabilidades que acometem grupos específicos, em condições desfavoráveis socioeconomicamente, são importantes também na determinação das desigualdades em saúde.

No cenário da Saúde Pública, entende-se a vulnerabilidade como o estado de sujeitos e comunidades em que existe uma influência negativa de determinantes e condições de saúde que comprometem estruturas básicas para atividades de vida

cotidiana. Alguns dos determinantes reconhecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são a alimentação, o local de moradia, o saneamento e a educação. Assim, a redução de vulnerabilidades sociais está ligada de forma direta à estruturação e implementação de políticas públicas visando à redução das desigualdades sociais (SOUZA, 2020).

Souza (2020) aponta a Atenção Primária à Saúde como protagonista do cuidado de realidades diversas e heterogêneas e, assim, faz-se necessário a existência de profissionais capacitados para ter uma visão de clínica ampliada e com olhar voltado para o processo saúde-doença, em que deve ser entendida a dinâmica dos determinantes sociais e os outros aspectos que, embora subjetivos, incidem diretamente sobre a vida da pessoa. É fundamental compreender que os aspectos socioculturais, econômicos, suas experiências pessoais e todo o estilo de vida do indivíduo ajudam a compor o que entendemos como binômio saúde-doença. (SOUZA, 2020).

Nonato (2022) refere que o trabalho da APS é realizado de forma territorializada, entendendo o cenário de existir um território vivo, rico de processos de determinações sociais, que também acaba sendo fruto de um processo histórico, político e social, que irá influenciar na maneira com a qual as pessoas rotineiramente vivem as dinâmicas de suas realidades. Assim, as equipes de ESF devem ir alinhando seu trabalho considerando as necessidades identificadas para as tomadas de decisões.

3-JUSTIFICATIVA

Idosos em situação de vulnerabilidade social apresentam maior risco de problemas de saúde, dificuldade de acesso aos serviços e de comprometimento da capacidade funcional, necessitando maior monitoramento por parte das equipes da Atenção Primária de Saúde. Assim, é importante que se identifique os indivíduos em risco, suas características de saúde e condições de moradia (sozinho, co-residência), para que se possa projetar ações de vigilância e cuidado em saúde mais efetivos. No município do Rio de Janeiro, alguns territórios são reconhecidos por seu baixo índice de desenvolvimento.

Minha prática de trabalho com a população do Centro do Rio de Janeiro me faz acreditar que a população idosa residente neste território merece um olhar especial,

em virtude a questões de vulnerabilidade observadas. São muitos os idosos com comprometimento clínico, que vivem em situação adversa. Pessoas com 70/80 anos ou mais que moram sozinhos em residências insalubres e não possuem familiares que morem no município, dependentes de vizinhos para que algumas atividades sejam realizadas, com dificuldades de ir às consultas de rotina, por medo de andar e cair na rua e/ou não ter dinheiro para pagar uma condução, sendo estas algumas situações que me inquietaram e me motivaram a realizar essa pesquisa.

Considerando o conceito de saúde integral, que ultrapassa a ausência de doenças e dá visibilidade à autonomia e qualidade de vida, é necessário maior conhecimento sobre o assunto de vulnerabilidade, para que possam existir políticas públicas e/ou estratégias de intervenção para as populações em situação de vulnerabilidade social. O conceito de vulnerabilidade social não é algo exato, mas sim algo subjetivo, problematizado e que pode ser encarado por diversos tipos de esfera do entendimento sobre o assunto. Na literatura existem múltiplas definições sobre o assunto, o que faz necessário entender que definições são estas. Compreender as distintas visões e conceitos sobre o significado de vulnerabilidade social colabora para que os profissionais que estão empenhados em trabalhar para a equidade de acesso e redução da desigualdade das populações estejam mais preparados para lidar com a temática.

4- OBJETIVOS

4.1 – OBJETIVO GERAL

Identificar na literatura científica e discutir as diferentes definições de vulnerabilidade social na população idosa, voltadas a descrever tal população na atenção primária à saúde.

4.2 – OBJETIVO ESPECÍFICOS

Comparar as definições de vulnerabilidade social, no cenário supracitado, em diferentes bases bibliográficas.

Associar a importância de conhecer sobre vulnerabilidade social com estratégias de melhoria do cuidado da população idosa na atenção básica.

Possibilitar uma maior facilidade para futuras pesquisas com a temática.

5 - PERCURSO METODOLÓGICO

Foi proposta a realização de uma revisão integrativa da literatura científica, com a finalidade de identificar diferentes definições sobre vulnerabilidade social em usuários idosos no âmbito da atenção primária à saúde.

Segundo Mendes e colaboradores (2008), “a revisão integrativa consiste na análise de material bibliográfico que possa servir de ferramenta para melhoria da prática clínica, gerando material para síntese de um determinado assunto, preenchendo lacunas de conhecimento que são relevantes para que demais estudos possam se aprofundar em temáticas ramificadas de múltiplos estudos avaliados por essa metodologia”.

As etapas realizadas da pesquisa foram: Identificação do tema e seleção da questão norteadora, estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, categorização dos estudos, discussão e interpretação dos resultados.

Os descritores utilizados para a busca foram: vulnerabilidade social, atenção primária à saúde, idoso. Como critério de seleção para a inclusão dos artigos neste trabalho estavam: publicações a partir do ano de 2010, nos idiomas português, espanhol ou inglês. As bases de dados consultadas foram Scielo, Pubmed e Lilacs. Foram considerados tanto os estudos com desenho metodológico qualitativo, quanto quantitativo, desde que abordassem a temática vulnerabilidade social em idosos no contexto da APS.

O procedimento metodológico subsequente, de seleção ou eliminação dos textos, foi a leitura dos títulos, posteriormente, a leitura dos resumos e, finalmente, a leitura integral dos estudos que pareciam contemplar a temática com maior exatidão.

6- RESULTADOS

Ao realizar a busca nas bases de dados científicos, utilizando os descritores e demais critérios, foram encontrados 87 artigos. Ao final da seleção, permaneceram 5 estudos, que terão suas características apresentadas nesta seção.

No quadro 1 são apresentadas as principais características dos estudos selecionados.

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados na revisão, período 2010-2022.

Nº	Nome	Autores. Local. Ano.	Métodos e Objetivo	Abordagem da Vulnerabilidade Social	Resultados e conclusões
1	Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado	Carneiro, J. L. e S., & Ayres, J. R. de C. M. São Paulo/SP, 2021	<p>Investigação qualitativa, utilizando a técnica de avaliação de narrativas. Realizada em uma unidade básica de saúde de São Paulo, com observação e entrevistas com 16 profissionais de saúde e 8 idosos.</p> <p>Objetivo de compreender as relações entre a autonomia e processos de saúde-doença-cuidado do idoso no cotidiano da atenção primária à saúde.</p>	Quadro teórico da vulnerabilidade/Cuidado tal como proposto por Ayres. Avaliando no contexto de vulnerabilidade social, questões como: relações de gênero, relações raciais, acesso à saúde, educação, justiça e profissão, dentre outros.	A autonomia mostrou-se um importante marcador de vulnerabilidade (interpessoal, social e programática), indicando áreas que requerem atenção especial, como dispensação de medicamentos, mobilidade urbana, isolamento social, fragilidades financeiras e adequação das rotinas dos serviços.
2	Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área alta vulnerabilidade social	Araujo F.B.J Machado I.T.J Santos-Orlandi A.A Pergola-Marconato A.M Pavarini S.C.L Zazzeta M.S São Carlos/SP, 2019	<p>Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado com 48 idosos. Para a coleta de dados utilizou-se entrevista sociodemográfica, Escala de Fragilidade de Edmonton e Montreal Cognitive Assessment.</p> <p>O objetivo era associar a fragilidade com perfil sociodemográfico e cognição de idosos residentes em contexto de alta vulnerabilidade social cadastrados em um Centro de Referência de Assistência Social em um município do interior paulista.</p>	A população de estudo foi classificada pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), que considera as dimensões socioeconômica e demográfica. A primeira contemplou a escolaridade e a renda do responsável pelo domicílio e a segunda abrangeu a idade do responsável pelo domicílio e a presença de crianças de zero a quatro anos no domicílio. Também se utilizou um instrumento de caracterização sociodemográfica, Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) e o Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	<p>Neste estudo foi observada maior frequência de idosos jovens, do sexo feminino e com baixo nível de escolaridade entre os participantes.</p> <p>A fragilidade mostrou associação significativa com sexo e raça/etnia e ocupação atual.</p>

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados na revisão, período 2010-2022 (continuação).

Nº	Nome	Autores. Local. Ano.	Métodos e Objetivo	Abordagem da Vulnerabilidade Social	Resultados e conclusões
3	Fatores associados à vulnerabilidade social, individual e programática de idosos que vivem no domicílio.	Bolina A.F Rodrigues R.A.P Tavares D.M.S Haas V.J Uberaba/MG, 2019.	<p>Trata-se de um estudo de base populacional, observacional, transversal, com 701 idosos, realizado na cidade de Uberaba, localizada no estado de Minas Gerais, Brasil.</p> <p>Verificar a ocorrência e os fatores associados à vulnerabilidade social, individual e programática entre idosos.</p>	<p>Para a classificação da população do estudo foi utilizado o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS),</p>	<p>Constatou-se que 15,7% dos idosos residiam em áreas de elevada vulnerabilidade social, 31,8% eram fisicamente frágeis e tinham escore moderado de vulnerabilidade programática. Os idosos com menores faixas etárias, escolaridade e renda apresentaram maiores chances de residir em áreas de elevada/muito elevada vulnerabilidade social. O sexo feminino e as elevadas faixas etárias aumentaram as chances da condição fragilidade. Também se observou que idosos com 70 a 80 anos e menor escolaridade tiveram maiores chances de possuir média vulnerabilidade programática.</p>

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados na revisão, período 2010-2022 (continuação).

Nº	Nome	Autores. Local. Ano.	Métodos e Objetivo	Abordagem da Vulnerabilidade Social	Resultados e conclusões
4	Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social	Jesus I.T.M Orlandi A.A.S Grazziano E.S Zazetta M.S, São Carlos/SP, 2017	<p>Trata-se de um estudo transversal, realizado com 247 indivíduos de 60 anos ou mais, cadastrados em cinco Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de São Carlos, SP, localizados em regiões consideradas vulneráveis.</p> <p>O objetivo foi identificar a relação entre fragilidade, características sociodemográficas e vulnerabilidade social de idosos cadastrados em um serviço de atendimento primário.</p>	<p>A vulnerabilidade social da região em que esses idosos estavam inseridos foi identificada segundo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS).</p> <p>Foi utilizado um questionário sócio demográfico construído previamente pelos pesquisadores, com informações sobre: gênero, idade, etnia, estado civil, ocupação atual, escolaridade e número de doenças relatadas. Para avaliar a fragilidade, utilizou-se a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE).</p>	<p>Notou-se predominância de indivíduos do sexo feminino, com média de idade de 68,5 anos, baixa escolaridade e aposentados, dados semelhantes a pesquisas com idosos da comunidade no contexto nacional. Nesse estudo foi constatado que 53,8% dos entrevistados relataram possuir de uma a duas doenças. A relação da fragilidade com as doenças crônicas pode ser uma condição subjacente.</p>
5	Vulnerabilidade física, social e programática de idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde do município de João Pessoa, Paraíba	Barbosa K.T.F Fernandes M.G.M, João Pessoa/PB, 2015	<p>Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal, realizada com 368 idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa/PB.</p> <p>O objetivo era identificar a vulnerabilidade física, social e programática entre os idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa.</p>	<p>O instrumento utilizado para avaliar a população de estudo incluiu a caracterização sociodemográfica, o Vulnerable Elderly Survey (VES-13) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS).</p>	<p>No estudo, 52% dos indivíduos eram fisicamente vulneráveis, maioria do sexo feminino e idade 70-79 anos. A maioria não possuía plano privado médico ou odontológico, utilizando os serviços do SUS. Verificou-se que o baixo acesso à água tratada, ausência de rede de esgoto estruturada e alcoolismo no domicílio influenciaram no aumento da vulnerabilidade social entre os idosos entrevistados.</p>

Na Tabela 1 são apresentados os fatores apontados como marcadores de vulnerabilidade social nos estudos selecionados.

Tabela 1. Fatores apontados como marcadores de vulnerabilidade social, período de 2010-2022.

Fatores associados	Artigos	N (5)	%
Faixa etária	2,5	2	40
Escolaridade	1,2,3,4,5	5	100
Gênero	2,3,5	3	60
Renda	1,2,3,4,5	5	100
Ocupação atual	2	1	20
Aposentadoria	4,5	2	40
Condição socioeconômica	1,2,3	3	60
Estado civil	5	1	20
Arranjo domiciliar	4,5	2	40
Suporte social	2,4,5	3	60
Crenças	1	1	20
Cor	2,5	2	40
Acesso aos serviços de saúde	1,2,3,4,5	5	100
Comorbidades	2,4,5	3	60
Sofrimento mental	2	1	20
Uso de álcool	5	1	20
Violência do território	1	1	20
Coleta de lixo/saneamento básico	5	1	20

7 - DISCUSSÃO

Nesta revisão integrativa foi evidenciado que existe uma baixa produção de trabalhos que contemplem a temática de vulnerabilidade social no idoso de forma específica. Foram vistos muitos trabalhos que falam de vulnerabilidade, mas com um caráter de direcionamento para questões clínicas, programáticas e individuais, não sociais.

Com a proposta de discutir a temática de forma mais clara para elucidação do que a literatura traz sobre a identificação de vulnerabilidade social, a discussão foi dividida em 3 categorias. São elas: Fatores demográficos e socioculturais como marcadores de vulnerabilidade social; O uso de instrumentos para avaliação de vulnerabilidades do idoso; O papel da Atenção Primária à Saúde ao idoso em situação de vulnerabilidade social.

Categoria 1. Fatores demográficos e socioculturais dos indivíduos como marcadores de vulnerabilidade social

A maioria dos artigos selecionados nesta revisão integrativa relacionam fatores sociodemográficos com determinantes presentes em um critério de classificação de vulnerabilidade social. Os artigos possuem abordagens distintas, muitas vezes focando em um determinante de vulnerabilidade social e não mencionando outros, o que não invalida que os aspectos não mencionados sejam relevantes, mas simplesmente não foram mencionados por não ter um direcionamento do artigo como objetivo principal.

Um exemplo é que Carneiro et al (2021) traz uma perspectiva da relação da violência do território com a vulnerabilidade social daquele local, considerando que um território violento é um território muito mais provável de que o idoso não participe de práticas de atividade física, reduzindo sua capacidade funcional e reduzindo sua adesão às Unidades Básicas de Saúde. Dos cinco artigos trazidos para a discussão, somente o artigo número 1, aqui mencionado, traz um olhar da vulnerabilidade social relacionado à violência no território. Embora o profissional de saúde atuante da APS possa entender que existe claramente relação da violência com vulnerabilidade social, há baixa menção deste fator tão relevante nas publicações.

Ainda dentro do contexto espacial do território abrangente da moradia desse idoso, Barbosa et al, (2015) evidenciou que a disponibilidade de rede de esgoto bem

estruturada, com água tratada, reduzia os índices de vulnerabilidade social e aparecia como um dos fatores determinantes de saúde. O estudo também indicou que quanto menor o número de anos de estudo da população e menor a renda per capita, maior a população se tornava vulnerável à exclusão sanitária. Neste contexto, tanto a escolaridade quanto a renda foram fatores trazidos pelos autores como evidências de aumento de vulnerabilidade social. Em verdade, todos os artigos mencionaram a baixa renda e baixa escolaridade são critérios determinantes de aumento de vulnerabilidade social. Tanto Araujo (2019), quanto Jesus (2017) e Barbosa (2015) referem que a baixa escolaridade pode significar um maior déficit cognitivo nesse idoso, associado a desfechos negativos no autocuidado, na saúde mental e com o desenvolvimento de doenças crônicas, além de ter influência direta com o estilo de vida e consequente saúde desses idosos, levando em consideração que muitas das orientações para melhoria de seu quadro de saúde são pautadas em mudanças no estilo de vida. Barbosa (2015) indica a relação da baixa escolaridade com baixa renda, aumentando a probabilidade de situação de vulnerabilidade social, predispondo o idoso a ter menor envolvimento social, solidão e baixa qualidade de vida.

Os estudos também apontam a relação entre gênero e vulnerabilidade social, indicando que o sexo feminino apresenta maior risco de vulnerabilidade (ARAÚJO et al, 2019; BOLINA et al, 2019; BARBOSA 2015). Todos os artigos que relacionam gênero e vulnerabilidade social são artigos que mencionam o fenômeno de feminização da velhice. Tal processo se explica pela predominância de idosas com idade mais avançada, gerando consequências negativas, como o desenvolvimento de comorbidades crônicas. Araujo et al. (2019) indicam que o risco de doenças crônicas não-transmissíveis decorrente do processo de envelhecimento e de mudanças fisiológicas se amplia. Araújo et al. (2019) e Jesus (2017) lembram que mulheres sofrem no decorrer de suas vidas opressões e desigualdades marcadas por relações de gênero, como desempenho de atividades domésticas e redução de interação social devido a redução de sua independência de uma forma geral.

Falar de idosos e vulnerabilidade social desprezando a estratificação etária deles pode ser relevante, conforme apontado nos artigos da revisão. De acordo com os artigos, metade dos envolvidos na análise apontam a relação entre a faixa etária e a vulnerabilidade social, reforçando que quanto maior a idade desse idoso, maior a situação de vulnerabilidade social ele se encontra (ARAÚJO et al, 2019; BARBOSA, 2015). Barbosa (2015) refere que quanto maior a faixa etária, maior a possibilidade

de desenvolver doenças crônicas, de isolamento social e de necessidade de maior suporte de saúde e social. Considerando que o envelhecimento populacional é um fenômeno acelerado e que há associado um aumento da expectativa de vida dos indivíduos, é de suma importância a vigilância em saúde e a proposição de formas de cuidado mais adequadas aos idosos mais velhos, em situação de vulnerabilidade social.

Categoria 2. O uso de instrumentos para avaliação de vulnerabilidade social

Para realizar análise dos componentes de avaliação de vulnerabilidade social com maior exatidão e com dados mais concretos, alguns estudos se baseiam em instrumentos já conhecidos e utilizados por pesquisadores sobre a temática de vulnerabilidade social e dos determinantes sociais.

Um dos instrumentos utilizados por dois dos artigos analisados é o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Para avaliar o componente social de vulnerabilidade, os artigos 3 e 5 utilizaram o IVS. O artigo com Bolina e colaboradores (2019) construiu um índice para o município do estudo, utilizando as estruturas metodológicas e operacionais do IVS para avaliar o componente de vulnerabilidade social. O IVS conceitua 8 pontos divididos em aspecto demográfico e sanitário, seguidos através de um critério de avaliação das desigualdades sociais, classificando no final em 4 níveis de vulnerabilidade social (baixo risco, médio risco, elevado risco e muito elevado risco).

O artigo 5 reforça que o IVS é um instrumento utilizado como metodologia de análise para detecção de vulnerabilidade social e riscos, que foi desenvolvido por pesquisadores do estado de Minas Gerais/ Brasil. Foi criado com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões para subsidiar políticas públicas baseadas em uma gestão em atenção primária à saúde e, com isso, criar ferramentas para definição de estratégias de atuação para promoção em saúde (BARBOSA, 2015). O IVS é composto de algumas variáveis como: escolaridade, presença de crianças de 7 a 14 anos nas escolas, luz elétrica, água tratada e esgoto encanado, presença de coleta de lixo local, quantidade de pessoas de cada por cômodo, presença de casos de alcoolismo na família, presença de violência entre adolescentes da área, presença de grupos comunitários e indicadores indiretos de renda como transporte de carro e presença de planos de saúde (BARBOSA, 2015). Diferente do artigo 3, que categorizou a vulnerabilidade social em 4 pontuações diferentes, o artigo 5 dividiu as classificações

do IVS em 5 pontuações, variando entre sem vulnerabilidade, baixa vulnerabilidade, média vulnerabilidade, alta vulnerabilidade e altíssima vulnerabilidade (BARBOSA, 2015).

O IVS foi elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) juntamente com outras instituições que compunham a rede IPEA. No artigo 3 de Bolina e colaboradores (2019), o IVS foi utilizado de forma adaptada para o município de Uberaba, localizado no estado de Minas Gerais. O autor reforça que o instrumento é utilizado para estratificar a vulnerabilidade social em regiões censitárias pelas dimensões de saneamento e sociodemográfica. Logo os idosos do estudo foram avaliados baseados no local em qual residem e não de forma individualizada.

Outro instrumento também utilizado por 2 dos artigos selecionados é o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), utilizado pelos artigos 2 e 4. O artigo 2 menciona que o IPVS é pautado em critérios socioeconômicos e demográficos como dimensões avaliativas do grau de vulnerabilidade social, considerando a questão socioeconômica como a renda e escolaridade do responsável da casa e a questão demográfica como a idade do responsável do domicílio e a presença de crianças com menos de 4 anos na mesma habitação (ARAÚJO, 2019).

O artigo 4 de Jesus e colaboradores (2017) também identificou seus idosos em situação de vulnerabilidade social com base nas medidas socioeconômicas e demográficas, classificando-os em níveis de alta, média e muito baixa vulnerabilidade. No mesmo artigo, o autor utilizou também a escala de fragilidade de Edmonton e a correlacionou à escala de vulnerabilidade social, para realizar classificação de seus idosos, evidenciando em seus resultados que existe uma relação direta entre fragilidade e vulnerabilidade social.

Os instrumentos utilizados para avaliação e estratificação de vulnerabilidade social (IVS e IPVS) foram mencionados nos estudos, mas não necessariamente utilizados diretamente e de forma individual com as populações que constituíam as amostras, sendo utilizados de forma agregada ao território, sendo esclarecido que as amostras pertenciam aos territórios. Portanto, vale entender que os idosos inseridos em algumas dessas pesquisas faziam parte de uma determinada região demográfica já previamente avaliada por esses instrumentos.

No estudo 2, Araújo (2019) cita que os idosos entrevistados da sua pesquisa estavam em uma área de vulnerabilidade social que, de acordo com avaliação do IPVS, era uma área de setor censitário com avaliação 5, que se configura como alta

vulnerabilidade social. A amostra representava 12.9% da população de todo município, que de acordo com última avaliação do IBGE em 2010. Logo, o artigo 2 mostrou que utilizou o IPVS para delimitar que determinado setor daquele município era configurado como um setor de alta vulnerabilidade social, mesmo entendendo que existem possibilidades de termos nesse setor populações heterogêneas e que, dentro das suas características e possibilidades, se encontram em situações de diferentes classificações de vulnerabilidade social. O estudo 4 de Jesus et al (2017) foi realizado no mesmo município do estudo 2. O uso do IPVS ocorreu no intuito de mostrar que o município dispõe de diferentes setores censitários e que cada setor censitário já havia sido previamente mapeado pelo instrumento, mediante cálculos epidemiológicos que conferem determinados scores de estratificação de vulnerabilidade social. Logo, é válido reforçar que os idosos presentes na pesquisa não foram avaliados de forma individual, mas faziam parte de uma estrutura macro de avaliação que determinava sua vulnerabilidade social.

Categoria 3. O papel da Atenção Primária à Saúde ao idoso em situação de vulnerabilidade social

Mediante aos resultados contidos na tabela 1, três marcadores foram citados em todos os artigos, sendo relacionados como fatores associados à vulnerabilidade social: a escolaridade, a renda e o acesso aos serviços de saúde. Entendendo que esses fatores são sempre citados pelos pesquisadores da temática, vale afirmar que isso ajuda a criar ferramentas de estruturação de possibilidades para que a gestão, tanto a nível local quanto a nível macro, consiga buscar intervenções para reduzir fragilidades nessa população que já é afetada por determinantes sociais.

É importante ressaltar que os artigos mencionam diversos outros fatores associados que também são de extrema relevância para a análise e discussão e para a proposição de resoluções de problemas e conseqüente diminuição da vulnerabilidade social de determinada população que está inserida no território. Todos os autores citam o quanto a escolaridade/quantidade de anos de estudo da população é um determinante de vulnerabilidade social importante e que merece destaque. Araújo (2019) e Jesus (2017) mencionam que idosos com baixa escolaridade têm maior probabilidade de desenvolver déficit cognitivo e associam a desfechos ruins como comprometimento de saúde mental, condições crônicas e fragilidade. Jesus

(2017) também refere em seu estudo que idosos com baixa escolaridade e, conseqüentemente, maior fragilidade apresentam maiores demandas em políticas públicas, por vezes em questões diretamente relacionadas à saúde ou por questões relacionadas à assistência social. O autor acredita que a baixa escolaridade em idosos é um reflexo das condições de vida desses idosos e resultado de uma época que o acesso às escolas era mais difícil, principalmente para os idosos que vem de uma conjuntura de vida rural na infância.

Entendendo que a Atenção Primária à Saúde é, na maioria das vezes, a porta de entrada do idoso para seguir com seu acompanhamento em saúde, é necessário que exista uma estrutura gerencial e assistencial que reconheça o indivíduo em situação de vulnerabilidade social e trace condutas singulares, diante de suas necessidades. É importante que o profissional de saúde seja sensibilizado e estimulado a desenvolver interesse pela temática, entendendo que muitas vezes a temática de educação popular em saúde, principalmente voltada para o idoso com baixa escolaridade, não é posta nas grades curriculares de formação de nível superior do profissional de saúde. Levar em conta a informação de escolaridade e não ter subnotificação com esse indicador são medidas necessárias para que estratégias em políticas públicas sejam colocadas de formas mais assertivas. Medidas como falar devagar, alto e olhando para o usuário, se certificando de que ele realmente entendeu a informação são habilidades que precisam ser postas no cotidiano desse profissional de saúde que está atendendo esse idoso. É importante desenvolver estratégias de comunicação para que a adesão a o êxito no acompanhamento de saúde desse idoso seja alcançado de forma esperada. É necessário que ocorra uma linguagem adaptada para o entendimento do usuário idoso (OLIVEIRA, 2021).

Dentro de um contexto do desenvolvimento de doenças crônicas, os artigos mencionados referem que a presença de comorbidades é um fator associado para o maior índice de vulnerabilidade social desses idosos. A forma como os artigos colocam a associação entre comorbidades e vulnerabilidade social é sempre correlacionando com outros fatores associados à vulnerabilidade social e sempre mencionando fragilidade e capacidade funcional. No artigo 2, por exemplo, Araújo (2019) relaciona a presença de comorbidades à escolaridade e idade avançada. O autor afirma que a presença de comorbidades pode intensificar a fragilidade e a vulnerabilidade social, quando colocadas de forma interseccional com outros fatores, referindo como possibilidade de instalação de uma síndrome multidimensional. Um

exemplo é que ele relaciona que a presença de doenças crônicas em mulheres aumenta sua fragilidade, impactando na vulnerabilidade social e em outros aspectos como no próprio acesso à saúde. A comorbidade do idoso, quando instalada, impacta outras esferas de relevância de associação com a vulnerabilidade social e que podem agravar ainda mais o seu quadro de saúde e sua autopercepção de saúde, como devidamente colocado no artigo 2. O artigo de Jesus (2017) insere um complemento para a avaliação em que refere que a presença de comorbidade pode ser, na verdade, um desfecho de uma situação de vulnerabilidade social mais acentuada. Em outras palavras, ele refere que piores condições financeiras, acesso à saúde reduzido e baixa escolaridade podem gerar desfechos negativos como presença e evolução de comorbidades. O mesmo artigo refere uma dinâmica similar ao do artigo 2, indicando que quanto maior a presença de doenças crônicas, maior afetação das variáveis sociais são percebidas, relacionando de forma diretamente proporcional a presença de fragilidade e vulnerabilidade social.

8 - PRÁTICA CLÍNICA NA APS E SUAS POSSÍVEIS INTERVENÇÕES

Conforme identificado na literatura, a vulnerabilidade social está associada à redução de acesso do idoso aos serviços de saúde, sendo que a maior parte dos estudos referem que a baixa renda é um fator determinante para identificar um idoso em uma situação de alta vulnerabilidade social. Assim, considerando que grande parte dos idosos em situação de vulnerabilidade social é de baixa renda e SUS-dependente, torna-se importante mencionar as práticas presentes no modelo de atenção básica que podem ajudar idosos em situação de vulnerabilidade social.

Entendendo que a Atenção Primária à Saúde tem como referência a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada do usuário para o Sistema Único de Saúde, é de extrema relevância que sejam discutidas as práticas que esse modelo assistencial pode promover para o idoso que vive em situação de vulnerabilidade social, com enfoque na equidade e na ampliação e melhoria do acolhimento pelas unidades.

Como identificado nesta revisão, não é comum encontrar na literatura instrumentos que possam caracterizar, considerando fatores socioeconômicos, culturais e emocionais, com enfoque na situação de vulnerabilidade social dos idosos sendo esse o tema principal do estudo. São encontrados em sua maioria,

instrumentos voltados para avaliação de um quadro social de forma geral e ampla, independente do etarismo envolvido. É frequente encontrarmos instrumentos que são direcionados a avaliação clínica do usuário discriminando em cenários diferentes, como instrumentos de capacidade funcional, direcionado para a população idosa. Direcionamento esse que não acontece para instrumentos de avaliação específica de vulnerabilidade social.

Também foi identificado que grande parte dos critérios que tornam determinante que um idoso seja considerado um indivíduo em situação de vulnerabilidade social são critérios socioculturais considerados individualmente, como acesso aos serviços de saúde, acesso à educação, à moradia, além da rede de apoio fortalecida e situação econômica atual. Tendo em vista que critérios clínicos como comorbidades, polifarmácia e limitações físicas podem ser consequências da situação de vulnerabilidade social do idoso, é preciso que o debate em saúde, pautado em intervenções de saúde pública mediados por uma gestão que possua responsabilidade sanitária com esse usuário, identifique que é preciso olhar com maior atenção aos critérios socioculturais para tomadas de decisão mais assertivas e com maior probabilidade de êxito com essa população.

Mesmo sabendo que o debate sobre vulnerabilidade social e suas intervenções possa não se esgotar de forma tão simples, é importante que seja trazido para a discussão quais são as ferramentas que as unidades de saúde da família e sua rede de cuidado podem proporcionar para que o usuário nestas condições possa melhorar o acesso e a adesão aos cuidados de saúde.

Nos últimos anos, a APS no município do Rio de Janeiro vivenciou de forma recente momentos de desmonte político de uma estrutura que vinha se tornando mais potente e qualificada, permitindo um SUS que fornecia para o usuário um maior acolhimento e assistência à saúde. O cenário de saúde pública no município vinha em processo de intenso crescimento nos últimos quinze anos, embora, em gestões mais recentes, tenham ocorrido situações limitantes para esse crescimento. Unidades de saúde tiveram suas equipes reduzidas, as equipes tiveram seus profissionais reduzidos e os profissionais que restaram tiveram seus salários reduzidos, os núcleos de apoio à saúde família (NASF) foram se tornando cada vez menos presentes nas unidades, impactando diretamente e indiretamente nesse idoso caracterizado em vulnerabilidade social.

Mas, mesmo em um cenário de desmonte em que muitos dispositivos deixaram de poder ser acessados para a organização de uma estrutura de melhor cuidado para os usuários, a APS atualmente encontra-se em uma situação que dispõe de muitas ferramentas potentes para que sejam realizadas intervenções em saúde para esse tipo de usuário. Dentro das próprias equipes, que são estruturadas pela figura do médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários em saúde, é de extrema importância que exista um momento reservado para discussão de casos mais delicados e que necessitem de um olhar diferenciado. Ao identificar um idoso em situação de vulnerabilidade social, é importante que se possa discutir as estratégias de cuidado que devem ser direcionadas, visando um melhor plano de cuidado para tal usuário. Saber identificar as características que implicam em situação de vulnerabilidade social pode ser o primeiro passo para identificar as possíveis intervenções, em uma perspectiva de gestão do cuidado de forma individual como projeto terapêutico singular, para melhoria de seu quadro geral.

É importante ter a ideia de que algumas estratégias que não são utilizadas com grande parte dos usuários, podem ser necessárias para os idosos em situação de vulnerabilidade social. Um exemplo claro e cotidiano nas unidades é do idoso não escolarizado ou analfabeto funcional. Muitos questionamentos devem surgir para o profissional que atende este usuário, não sendo costumeiros em sua rotina. Será que o idoso vai entender o que está escrito na prescrição se ele não sabe ler e escrever? Será que o idoso consegue fazer seu autocuidado, após uma orientação em saúde, se ele não entende a importância do cuidado e seus riscos?

Em casos como o citado, a título de exemplo, medidas importantes devem ser realizadas para que esse idoso saia da unidade de saúde munido de compreensão e conhecimento necessário para realização do seu autocuidado. Ao fornecer uma prescrição, é importante que o profissional pergunte para o usuário se ele tem alguma dificuldade com leitura e que essa pergunta seja colocada de forma muito acolhedora e sem valor de julgamento. Muitos pacientes podem não querer dizer que não sabem ler por terem vergonha de estar nessa situação. Uma estratégia que pode ser interessante, caso o paciente diga que não tem problemas com leitura, é de solicitar que o mesmo leia a prescrição com o profissional de forma a confirmar o entendimento da mesma e aproveitar o momento para tirar dúvida. Outra possibilidade, é a solicitação de que o idoso parafraseie a informação que lhe foi dada, ou seja, que ele diga com suas palavras o que entendeu. Oliveira (2013) deixa claro que a

alfabetização interfere diretamente na otimização do uso de seus remédios por parte do paciente, reforça a importância do vínculo entre usuário e profissional e lembra que muitos profissionais não têm sensibilidade a tal questão e acabam subnotificando e ignorando que a escolaridade seja determinante para uma melhor resposta terapêutica. Portanto, é clara a necessidade de que os profissionais se sensibilizem com essa temática e que visem ampliar essas discussões em âmbito científico.

Outro exemplo de situação que frequentemente acontece nas unidades de saúde, é o idoso morar em determinado local que não favorece com que ele se desloque facilmente para o território da unidade de saúde. Muitas vezes, o idoso mora sozinho e tem receio de sair de casa, seja por medo de queda, ou pela falta de energia física, o que pode impedi-lo de ir à unidade de saúde. É importante que a equipe tenha o conhecimento de que quando o paciente idoso reside em um local de difícil acesso, esse paciente está em situação de vulnerabilidade social e necessita de um olhar com maior equidade. Pactuar com a equipe formas de favorecer esse acesso a unidade, utilizando dos dispositivos que a APS fornece para aumentar a adesão desse usuário, é de extrema relevância. Um desses dispositivos é a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que realiza um elo entre o território e a unidade/equipe técnica, sendo responsável por acessar e atualizar informações sobre os usuários. Segundo Jardim (2009), o ACS é o profissional que trabalha e reside necessariamente no mesmo território, tendo como processo de trabalho o contato direto e contínuo com a comunidade, realizando visitas domiciliares e estreitando a distância entre a unidade e a residência do usuário, tendo papel de educador e também de agente de mudança.

Situações de idosos em vulnerabilidade social são comumente vistas nas unidades de saúde e pelas suas equipes. É comum a equipe conhecer alguns idosos dentro de seu território que contam com uma frágil rede de apoio e que, muitas vezes, não possuem nenhum parente ou amigo para suporte. É comum identificar também idosos privados de autonomia financeira, para conseguir buscar o mínimo necessário para sua sobrevivência. A APS, dentro deste contexto, possui algumas ferramentas que contribuem para que o idoso em situação de vulnerabilidade social consiga acessar seus direitos básicos. Como exemplo, existe a possibilidade de cadastro e recebimento de um salário-mínimo, assegurado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), aos idosos que não possuem meios para manter sua subsistência. Tal benefício pode ser solicitado ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), sob as orientações de equipe da Estratégia de Saúde da Família, juntamente com o

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), principalmente quando se trata de um idoso com dificuldades de lidar com o processo. Outro direito que o estatuto do idoso fornece para o idoso em situação de vulnerabilidade social, que não tem condições de manter sozinho ou reside com outro idoso que não tem como ser seu cuidador, é a possibilidade de residir em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), que são residências custeadas pelo estado e que possibilitam que esse idoso, que antes não conseguia manter um autocuidado eficiente, tenha uma assistência que faça sentido ao momento de vida e situação do qual ele está naquele momento.

9- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como o objetivo evidenciar o que a atual literatura científica aborda sobre o conceito de vulnerabilidade social na população idosa, principalmente no cenário da atenção primária. Muitos estudos existem sobre a temática de vulnerabilidade social, porém são poucos os estudos que trazem como foco o idoso e os fatores associados à sua fragilidade social.

Na literatura, são identificados instrumentos utilizados para estratificar cenários de maior ou menor vulnerabilidade social. No entanto, os instrumentos utilizados com enfoque na vulnerabilidade social (IVS e IPVS) analisam a situação de forma agregada e não a nível individual, definindo áreas censitárias, municípios e regiões demográficas quanto ao nível de vulnerabilidade, desconsiderando fatores determinantes que atuam de forma a heterogeneizar a população, especialmente, quando se fala de indivíduos idosos.

Para considerar as questões relativas à vulnerabilidade social no envelhecimento, os estudos analisados indicavam determinados fatores sociodemográficos específicos como sexo, renda e escolaridade. Tais fatores contribuem para a categorização de um usuário em uma situação vulnerável e apontam para a importância de que existam práticas reflexivas sobre como um processo histórico-social pode implicar que determinado público seja inserido na sociedade em uma estrutura de maior desigualdade. Para isso, é de suma importância que o profissional da APS esteja preparado para iniciar processos de discussão, visando construir possibilidades de mudanças no cenário de vulnerabilidade de determinadas minorias sociais, que sempre foram marginalizadas pelo aparato social.

Vale reforçar o quão importante é essa avaliação de vulnerabilidade social nos territórios pertencentes às unidades de atenção primária, pois evidencia que certos grupos populacionais irão precisar de um olhar diferenciado para a gestão do seu cuidado. Entendendo e identificar os fatores que determinam uma situação de idosos mais vulnerabilizados pode permitir um direcionamento de propostas mais equânimes e assertivas para o cuidado em saúde.

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, FB; MACHADO, ITJ; SANTOS-ORLANDI, AA; PERGOLA-MARCONATO AM; PAVARINI SCL ZAZZETTA MS. Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2019, v. 24, n. 8.
2. BARBOSA, KTF. Vulnerabilidade física, social e programática de idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde do município de João Pessoa, Paraíba. 2015.. 103 f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.**
3. BERTOLOZZI, MR; NICHATA, LYI; TAKAHASHI RF; CIOSAK SI; HINO, PAULA; VAL LF; GUANILLO MLTU; PEREIRA EG. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**. 2009, v. 43, n. spe2;
4. BOLINA, AF; RODRIGUES, RAP; TAVARES, DMS; HAAS, VJ. (2019). Factors associated with the social, individual and programmatic vulnerability of older adults living at home. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, 53, e03429.
5. BOLINA, AF; TAVARES, DMS. Arranjo domiciliar de idosos e determinantes sociodemográficos e de saúde: um estudo longitudinal. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2016;24:e2737.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 20 out. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf

8. BRITO, TRPD; NUNES, DP; DUARTE, YADO; LEBRÃO, ML. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Rev Bras Epidemiol**. 2019;21(supl 2):1-15.
9. CABRAL, JF; SILVA AMC; MATTOS, IE; NEVES, AQ; LUZ, LL; FERREIRA DB; SANTIAGO LM; CARMO CN. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(9), set. 2019
10. CANÇADO, TCL; SOUZA, RS; CARDOSO, CBS. Trabalhando o conceito de vulnerabilidade social. **ABEP**, São Pedro/SP – Brasil, 2014;
11. CARNEIRO, JLS; Ayres, JRJM. Older adult health and primary care: autonomy, vulnerabilities and challenges of care. **Revista De Saúde Pública**, 55, 29. 2021
12. CORDEIRO, AM; OLIVEIRA, GM; RENTERIA, JM; GUIMARÃES, CA. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]**. 2007, v. 34, n. 6, pp. 428-431.
13. COUTINHO, AT; POPIM, RC; CARREGÃ, K; SPIRI, WC; Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Esc Anna Nery**. 2013;17(4):628-637.
14. CZERESNIA, D; FREITAS, CM. Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências. [ONLINE] 2nd rev. Rio de Janeiro - **Editores FIOCRUZ**, 2009 229p ISBN
15. CUNHA, JXP; OLIVEIRA, JB; NERY, VAS; SENAE, LS; BOERY, RNSO; YARID, SD. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde debate**. 2012; 36(95): 657-664.
16. CUNHA, JXP; OLIVEIRA, JB; NERY, VAS; SENAE, LS; BOERY, RNSO; YARID, SD. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde debate**. 2012; 36(95): 657-664.
17. DA SILVA ALVES, ME; DE ARAÚJO, LF. Interseccionalidade, Raça e Sexualidade: Compreensões Para a Velhice de Negros LGBTI+. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 12, n. 2, p. 161-178, ago. 2020. ISSN 2175-5027.
18. FREITAS, FFQ; BELEZA, CMF; FURTADO, IQCG; FERNANDES, ARK; SOARES, SM. Análise temporal do estado funcional de idosos do estado da Paraíba. **Rev Bras Enferm**. 2018; 71(supl 2):905-911.

19. FREITAS, FFQ. ROCHA, AB; MOURA, ACM; SOARES, SM. Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessoamento. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 11 pp. 4439-4450.
20. GOULART RIGHETTO, G; DE BRITO, TR; VIEIRA VITORINO, EV. User Studies, Mediation of Information and Information Literacy in the Contexts of Social Vulnerability: Possible Dialogues. **Rev. Interam. Bibliot, Medellín**. 2022; v. 45, n. 3, e6,
21. INOUYE, K; BARHAM EJ; PEDRAZANNI, ES; PAVARINI SCI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. **Psicol Reflex Crit**. 2010;23(3):582-592.
22. JARDIM, TA; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2009 13(28).
23. JESUS, IT; ORLANDI, AA; GRAZIANO, ES; ZAZZETTA, MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paul Enferm**. 2017;30(6):614-620
24. MALTA, DC; SANTOS, MAS; STOPA, SR; VIEIRA, JEB; MELO, EA; REIS, AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2016; 21(2):327-338.
25. MARTINS, JJ; SCHIER, J; ERDMANN, AL; ALBUQUERQUE, GL. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2007; 10(3):371-382
26. MUÑOZ SÁNCHEZ, AI; BERTOLOZZI, MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? - **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2007, v. 12, n. 2.
26. NONATO, LOF; PERES, AM; KHALAF, DK; SOUZA, MAR; FIGUEIREDO, KC; LAPIERRE, J. Estratégias de gerenciamento na Atenção Primária à Saúde em territórios de vulnerabilidade social expostos à violência* * Extraído da dissertação: “Gerenciamento de serviços de atenção primária à saúde em territórios expostos a violência urbana”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2018. . **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**. 2020, v. 54.
27. OLIVEIRA, RL; SANTANA, WKF; VEIGA, DOC; MACONATO, AM.; PEQUENO, BEM; BARROS, RR; REIS, LD; PACHECO, LF; MACEDO, HA; GOMES, JCT.;

- ARAUJO, IO. Interpretation of prescription from the perspective of elderly patients functional and low schools. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2,, 2021.
- 28.OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde- Resumo. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=2529A7509FFE8EF981E10A428DA360C2?sequence=6, Página 13, 2015.
- 29.PAZ, AA; SANTOS, BRL, EIDT, OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm.** 2006; 19(3):338-342.
- 30.RODRIGUES, NO; NERI, AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2012; 17(8):2129-2139
31. SCOTT, JB; PROLA, CA; SIQUEIRA, AC; PEREIRA, CRS. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicol. rev. Periódicos eletrônicos de psicologia (Belo Horizonte), Belo Horizonte**, v. 24, n. 2, p. 600-615, ago. 2018.
- 32.SILVA, HS; LIMA, AMM; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface (Botucatu).** 2010; 14(35):867-877.
- 33.SIQUEIRA, SAV; HOLLANDA, E; MOTTA, JIJ. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2017; 22(5):1397.
- 34.SOUZA, GO; RIOS, LT; SANTOS, LN; FIALHO, LS; QUINDERE, PHD. Teixeira SB, Interprofissionalidade na atenção primária no contexto das vulnerabilidades sociais: Um relato de experiência. **Essentia (Sobral)**, v.21, n.2, 2020, p. 47-53.