

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

MARIA CAROLINA PEREIRA E SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À EXISTÊNCIA DE
CUIDADORES EM IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA-ES**

VITÓRIA-ES

2022

MARIA CAROLINA PEREIRA E SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À EXISTÊNCIA DE
CUIDADORES EM IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –EMESCAM como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame

Co-Orientadora: Profa. Dra. Gracielle Pampolim

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA-ES

2022

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S586p Silva, Maria Carolina Pereira e
Prevalência e fatores associados à existência de cuidadores em idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família em Vitória-ES / Maria Carolina Pereira e Silva. - 2022.
103 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame
Coorientadora: Profa. Dra. Gracielle Pampollim

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2022.

1. Cuidadores de idosos. 2. Assistência a idosos – Vitória (ES). 3. Política Nacional de Saúde do Idoso. 4. Serviços de Saúde para Idosos – Vitória (ES). I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Pampolim, Gracielle. III. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. IV. Título.

CDD: 362.6

MARIA CAROLINA PEREIRA E SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À EXISTÊNCIA DE
CUIDADORES EM IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em _____ de _____ de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Orientadora

Professora Doutora Gracielle Pampolim
Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA
Co-orientadora

Professora Doutora Roberta Ribeiro Batista Barbosa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Professora Doutora Cenira Andrade de Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Dedico este trabalho especialmente à Deus, pois “Até aqui me ajudou o Senhor” (1 Samuel 7:12), à minha família, por me apoiar, motivar, incentivar e me ensinar valores dos quais nunca me esquecerei, aos meus professores, por me apresentarem o poder transformador da educação e me ensinarem tanto ao longo desta jornada e aos idosos e seus familiares da comunidade de Jesus de Nazareth, em Vitória-ES, que me receberam com tanto carinho e me oportunizaram a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me manter de pé, ser meu sustento, meu alívio e por me impulsionar todos os dias e não me deixar desistir. À Ele toda honra, glória e louvor!

Aos meus familiares, especialmente meus pais, meus irmãos e meu marido que me trouxeram valores que trago comigo todos os dias, por entenderem meus momentos de ausência, por acreditarem em mim mais que eu mesma e por me amarem de tal maneira que me acolheram e fortaleceram em todos os meus momentos de aflições, angústias, medos e que em todos os momentos de felicidade vibraram comigo. Essa vitória é nossa!

Aos meus professores, da graduação e do mestrado, que sempre acreditaram em mim e que, além do conhecimento, compartilharam comigo suas experiências, seus valores e que certamente ficarão marcados em meu coração!

À toda a equipe do programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local e da coordenação de Fisioterapia da EMESCAM por todo o suporte, atenção e carinho comigo!

Aos alunos com quem tive contato durante o estágio em docência e com quem tanto aprendi. Vocês me ensinaram muito e espero um dia retribuir em minha docência todo este ensinamento.

À comunidade de Jesus de Nazareth, especialmente aos idosos e seus familiares, e aos profissionais da USF Luís Castellar da Silva, por me permitirem entrar em suas vidas e me receberem com tanto carinho. A vocês meu eterno amor e gratidão!

À minha banca, Prof^a. Dr^a. Cenira Andrade de Oliveira e Prof^a. Dr^a. Roberta Ribeiro Batista Barbosa, que tanto me agregaram com seus conhecimentos e contribuições e fizeram deste trabalho mais enriquecedor.

A minha co-orientadora, Prof^a. Dr^a. Gracielle Pampolim, que desde o início da minha graduação acreditou em mim e me apresentou esse lindo universo da pesquisa e da

docência e me ensina a dar tantos passos neste caminho. Hoje se tornou muito além de uma professora, mas uma grande amiga e sou muito feliz e grata por tantos momentos que vivemos juntas.

E por fim, mas não menos importante, um agradecimento especial à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Luciana Carrupt Machado Sogame, por toda a nossa trajetória ao longo destes tantos anos. Por me conhecer tão bem e acreditar tanto em mim que sempre me fez ir além. Por ir, tantas vezes, além da orientação, sendo uma grande amiga quando precisei. Cada minuto ao seu lado foi de aprendizado e exemplo e espero, um dia, ser, ao menos metade, da professora e da mulher que você é!

RESUMO

Em função do envelhecimento acelerado da população nas últimas décadas, este tema tem se tornado pauta de diversos estudos e debates. Do ponto de vista biológico, o envelhecimento gera o declínio das funções sistêmicas, tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças, incapacidades e, conseqüentemente, mais dependente de cuidados. Este cuidado é fornecido, majoritariamente, pela família, que na ausência ou ineficácia das políticas públicas, assume o papel de única responsável pelo bem-estar do idoso. O presente estudo tem por objetivo verificar a prevalência e os fatores associados à existência do cuidador à luz das políticas públicas de saúde. Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico e de caráter quantitativo que foi realizado com idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Vitória-ES. Para traçar o perfil dos idosos foram consideradas variáveis referentes ao perfil sociodemográfico e econômico, condições de saúde e hábitos de vida e arranjo familiar. Quando verificada a existência de cuidadores, foi ainda, traçado o perfil destes. Os dados referentes ao perfil dos idosos foram analisados de forma descritiva e inferencial através do teste de Chi-quadrado de Pearson e Regressão Logística de Poisson. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$ e a variável desfecho foi a existência do cuidador. A prevalência de cuidadores de idosos foi de 22% e estava associada, significativamente, com idade superior a 80 anos ou mais, ser pensionista, não praticar atividades de lazer, ter a capacidade funcional alterada, possuir residência multigeracional e não sair sozinho. Na análise multivariada, controlada para os fatores de confusão, a existência de cuidador foi 3,8 vezes mais frequente entre idosos que não saem de casa sozinhos, e 41% menos frequente entre idosos que coabitam em residências multigeracionais. Por se entender que o cuidador é, normalmente, um membro da própria família e que a família é quem constitui a principal rede de apoio do idoso, se fazem necessários programas que orientem, capacitem e acolham esses idosos e seus respectivos cuidadores, assegurando-lhes condições ideais para um cuidado digno e com qualidade e assim, contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável, conforme é preconizado pelas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Idoso. Cuidadores. Família. Estratégia de Saúde da Família. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Due to the aging of the population in recent decades, this topic has become the subject of several studies and debates. From the biological point of view, aging generates the decline of systemic diseases, making the individual more vulnerable to diseases, disabilities and, consequently, more dependent on care. This care is mainly provided by the family, which, in the absence or ineffectiveness of public policies, assumes the role of solely responsible for the well-being of the elderly. The present study aims to verify the prevalence and factors associated with the existence of the caregiver in the light of public health policies. This is a cross-sectional, analytical and approved study that was carried out with elderly people assisted by a Family Health Unit in Vitória-ES. To profile sociodemographic life habits and organize family profiles. When the existence of caregivers was verified, their profile was also traced. Data regarding the profile of the elderly were analyzed descriptively and inferentially using the Chi-square test and Poisson Logistic Regression. For all evaluated, a significance level of $p < 0.05$ and variable was considered. The prevalence of caregivers for the elderly was 22% and was associated with being over 80 years of age or older, being a pensioner, not practicing leisure activities, having a functional disability, having a multigenerational residence and not going out alone. In the multivariate analysis, controlled for confounding factors, the existence of a caregiver was 3.8 times more frequent among the elderly who do not leave the house alone, and 41% less frequent among the elderly who live in multigenerational households. As it is understood that the caregiver is, normally, a member of the family itself and that the family is the main support network for the elderly, it is necessary to train programs that guide and welcome these elderly people and their respective caregivers, assuring them ideal for a dignified and quality care and thus contribute to a more active and healthy aging, as recommended by public health policies.

Keywords: Elderly. caregivers. Family. Family Health Strategy. Health policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Representação da amostra do presente estudo	24
Figura 2 - Esperança de vida ao nascer no Brasil, Sudeste e Espírito Santo nos anos de 2000, 2022 e 2060 segundo dados da projeção de 2018.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Associação do perfil sociodemográfico e econômico de idosos assistidos por uma USF de Vitória/ES com a existência de cuidadores.....	57
Tabela 2 – Associação das condições de saúde e hábitos de vida de idosos assistidos por uma USF de Vitória/ES com a existência de cuidadores	59
Tabela 3 – Associação do arranjo familiar de idosos assistidos por uma USF de Vitória/ES com a existência de cuidadores	61
Tabela 4 – Regressão linear generalizada de Poisson para existência de cuidadores entre idosos de uma Unidade de Saúde da Família de Vitória/ES.....	63

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EI	Estatuto do Idoso
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROEAS	Programa de Envelhecimento Ativo na Comunidade
PUBMED	<i>National Center for Biotechnology Information Search Database</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHODAS	<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule - Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial da Saúde</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA.....	17
2 METODOLOGIA.....	21
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	21
2.2 LOCAL DO ESTUDO	22
2.3 AMOSTRA	22
2.3.1 Características da amostra – estudo primário	22
2.3.1.1 Critérios de Inclusão.....	23
2.3.1.2 Critérios de Exclusão.....	23
2.3.2 Características da amostra – estudo secundário (estudo atual)	23
2.3.2.1 Critérios de inclusão.....	24
2.3.2.2 Critérios de exclusão.....	24
2.4 PROTOCOLO DE ESTUDO.....	25
2.4.1 Perfil sociodemográfico e econômico	25
2.4.2 Arranjo Familiar.....	25
2.4.3 Condições de saúde e hábitos de vida.....	26
2.4.4 Perfil dos cuidadores.....	27
2.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
2.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
3 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O CUIDADO AO IDOSO PELA ESF À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS À POPULAÇÃO IDOSA.....	29
3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA.....	29
3.2 TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS À PESSOA IDOSA.....	35
3.3 ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E SEUS DESDOBRAMENTOS.....	38
4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO AO IDOSO: DISCUTINDO O CASO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA-ES.....	45
4.1 A ESF E O CUIDADO AO IDOSO À LUZ DAS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À POPULAÇÃO IDOSA	45

4.2 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LUÍS CASTELLAR DA CONHECENDO O PERFIL DOS IDOSOS, A PREVALÊNCIA E O PERFIL E CUIDADORES.....	51
4.3 FATORES ASSOCIADOS À EXISTÊNCIA DO CUIDADOR NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LUIS CASTELLAR DA SILVA.....	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES.....	85
APÊNDICE A – TABELA DESCRITIVA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA USF DE VITÓRIA/ES.....	86
APÊNDICE B – TABELA DESCRITIVA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA USF DE VITÓRIA-ES.....	88
APÊNDICE C – TABELA DESCRITIVA DO ARRANJO FAMILIAR DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA USF DE VITÓRIA-ES	90
APÊNDICE D - TABELA DESCRITIVA DO PERFIL DOS CUIDADORES DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA USF DE VITÓRIA-ES	91
ANEXOS	93
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – IDOSO	94
ANEXO B – FICHA DE AVALIAÇÃO DO IDOSO	95
ANEXO C – AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – WHODAS.....	97
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	99

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem ocorrido de forma acelerada comparada às últimas décadas, e é fato que este processo de envelhecer é vivenciado de maneiras diferentes em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento, sendo ainda mais impactante neste último grupo (RAMOS *et al.*, 2019). Dados recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) trazem que, em 2020, o número de idosos com 65 anos ou mais ultrapassou o número de crianças menores de 5 anos e a expectativa é que, em 2050, este grupo se torne duas vezes maior que o número de crianças, e também ultrapasse o número de jovens entre 15 e 24 anos (WHO, 2021). No Brasil a expectativa é similar, com as projeções do IBGE estimando que a população de idosos dobrará até o ano de 2042 (IBGE, 2018).

Esse aumento da longevidade da população pode vir em decorrência de uma série de fatores, dentre os quais podem ser citados os avanços da tecnologia, da medicina e das condições sanitárias. Tais fatores somados a baixos índices de natalidade, observados com o passar dos anos, fazem com que o número de idosos se eleve quando relacionado aos demais grupos (DE SOUSA; MARQUETTE, 2018).

Entretanto, dada a vivência da pandemia da Covid-19, surgiram algumas alterações na dinâmica demográfica atual. A doença atingiu em grande número os idosos, que somaram cerca de 70% dos óbitos pela Covid-19 até meados de junho de 2021. Com isso, a expectativa de vida sofreu uma redução, que é apontada em 1,8 anos a menos aos 60 anos, e de menos 1,4 anos aos 80 anos de idade (CAMARANO, 2021). E, por esse motivo, mais do que nunca, é destacada a importância de estudos que visam compreender o processo de envelhecimento e a realidade atual dos idosos para que esta população seja mais bem assistida.

O envelhecimento é entendido como um processo natural ao qual todos os indivíduos são submetidos, entretanto, é muito complexo quando se busca defini-lo, uma vez que o processo de envelhecer abrange múltiplas dimensões, perpassando por aspectos biológicos, psíquicos, sociais, éticos e ambientais (DE SOUZA; MELO, 2017). De forma semelhante, Torres e Sá (2008) trazem que o envelhecimento extrapola os conceitos relacionados às alterações físicas, envolvendo também aspectos

socioeconômicos e culturais e que, por possuir múltiplas faces, um aspecto não pode ser desvinculado do outro e que só considerando todos é possível compreender o ato de envelhecer.

Ao se considerar tais aspectos, deve ser levantada também a discussão de que para cada indivíduo o envelhecer pode ser diferente a depender das suas condições de vida, local de moradia, acesso a bens, existência de rede de apoio e proteção social, dentre outros, e que estes fatores são importantes indicadores e preditores de um envelhecimento mais saudável (RODRIGUES; GONÇALVES, 2019).

Em seu aspecto psicossocial, o envelhecimento se faz importante, pois atua no processo de formação de condutas das demais gerações, transformando as experiências vivenciadas em olhares de interpretação do mundo (ALMEIDA; CUNHA, 2003).

Do ponto de vista biológico, por sua vez, com o avançar da idade ocorrem alterações que advém do declínio gradual das funções dos sistemas que podem levar ao aparecimento de doenças e comorbidades, propiciando ao aparecimento de incapacidades e contribuindo para uma maior dependência em tarefas que antes podiam ser realizadas mais facilmente. Este fato reforça a importância da criação e manutenção das políticas que tratam da saúde, integridade e bem-estar geral desta população (SANT'HELENA; DA SILVA; GONÇALVES, 2020).

A Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso definem que, para ser considerado idoso o indivíduo precisa apresentar 60 anos ou mais e a partir desta idade passa a gozar de seus direitos, dentre os quais estão os direitos sociais, que visam assegurar condições necessárias para a autonomia, participação e integração do idoso na sociedade, além do direito à saúde, educação, alimentação, cultura, lazer, cidadania, trabalho, dignidade e respeito (BRASIL, 1994). Para a garantia desses direitos o Estatuto do Idoso coloca o Poder Público, a sociedade e a família como os responsáveis por provê-los (SANGLARD, 2019), reforçando o papel de todos na contribuição de um envelhecimento de qualidade.

Essa responsabilidade, entretanto, no cuidado ao idoso, ainda vem sendo discutida, a fim de entender qual papel cada grupo (poder público, sociedade e família) deve

exercer. O censo do IBGE de 2010 revelou que a maioria dos idosos no Brasil residem com suas famílias e relataram ser essa sua principal rede de cuidado (IBGE, 2010) e por esse importante local ocupado diante da sociedade, do Estado e do próprio idoso, a família e o cuidador se tornaram objetos de muitos estudos.

A PNI definiu, em 1999, como cuidador àquele que se responsabiliza pelo cuidado do idoso dependente ou doente, auxiliando-o na realização das atividades básicas de vida diária, cuidados com a medicação e outras responsabilidades que possam surgir de acordo com a necessidade do idoso. Em 2006 essa definição foi reforçada quando, na portaria 2.528, que deu origem à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aponta-se como cuidadora a pessoa que auxilia o idoso em suas necessidades por questões advindas de doenças ou do envelhecimento (BRASIL, 2006).

Na prática do dia a dia, entretanto, as atribuições do cuidador não são claras e definidas, especialmente por se entender que a grande maioria das pessoas que assumem o papel de cuidador são membros da própria família e não possuem um preparo adequado para tal função. Jesus, Orlandi e Zazzetta (2018) identificaram entre os principais desafios relatados pelos cuidadores o auxílio nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, a existência de dificuldades e sobrecargas para ofertar este cuidado e a necessidade de auxílio dos demais membros da família para tal.

Fato é que a necessidade do cuidado faz com que o familiar cuidador realize, por muitas vezes, um trabalho ininterrupto, com horas seguidas dedicadas ao cuidado que, em algumas realidades, somam-se a jornadas externas de trabalho, sem um preparo adequado e essa somatória pode ocasionar situações de desgaste e sobrecarga, tornando o cuidador também necessitado de atenção e assim podendo levar à falta de condições para cuidar deste idoso (CARDOSO *et al.*, 2020; JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018). Algumas dessas situações, entretanto, podem ser passíveis de ações de prevenção e tratamento através de um atendimento por equipe multiprofissional, que intervenha de forma precoce a fim de promover um cuidado integral à família (SILVA; SILVA; SOGAME, 2022, no prelo).

Esse caminho para a promoção de um cuidado integral ao idoso e ao seu cuidador, entretanto, ainda apresenta alguns desafios. E para melhor assistir à essa população são necessárias novas discussões e um melhor entendimento da realidade de cada família, uma vez que, assim como o envelhecimento, o cuidado é algo amplo e dependente de questões sociais, culturais, financeiras e, portanto, precisa ser compreendido dentro de cada família (SILVA, 2020).

Diante disto, o presente estudo se propõe a responder aos seguintes questionamentos: Qual a prevalência e fatores associados à existência dos cuidadores de idosos de uma USF considerando perfil sociodemográfico e econômico, arranjo familiar, condições de saúde e hábitos de vida? Quais os desdobramentos das políticas de saúde do idoso no contexto do seu cuidado e ao se considerar a ESF?

1.1 JUSTIFICATIVA

Por entender que a população vem envelhecendo cada vez mais e que o envelhecimento traz consigo alterações fisiológicas que propiciam um declínio da mobilidade e aumento da dependência, é necessário entender e estudar atentamente esta população. Esse aumento da dependência em tarefas que antes eram realizadas sem maiores dificuldades leva a necessidade de um cuidador que, muitas vezes, não tem o preparo ideal para assumir tais modificações e suas consequências.

Ao conhecer a população a ser estudada e embasada no que a literatura apresenta, surgiu a motivação para a realização da pesquisa, através do interesse pelo estudo do idoso, do cuidador, da Estratégia de Saúde da Família e das políticas públicas do sistema de saúde brasileiro a respeito destes, que ficou ainda maior após iniciar os projetos de iniciação científica e as pesquisas na área. Em um crescente de aprendizados e estudos participei, durante a graduação, de algumas pesquisas que estudaram a capacidade funcional de idosos, funcionalidade familiar, risco de quedas e a PNSPI com foco nos aspectos socioeconômicos e na vulnerabilidade clínico-funcional destes.

Um primeiro estudo foi realizado associando a Capacidade Funcional com o perfil de idosos e foi observado que estes tinham, em sua maioria, funcionalidade preservada

e quando observada a associação com o perfil socioeconômico e de saúde, algumas variáveis se demonstraram estatisticamente significantes. Dentre elas a existência do cuidador se destacou, demonstrando que os idosos que possuíam cuidador se associaram à uma capacidade funcional alterada, enquanto aqueles que não possuíam cuidadores apresentaram funcionalidade normal (SILVA *et al.*, 2018).

Ao associar, em outro estudo, a Funcionalidade Familiar com as características sociodemográficas e clínicas foram identificados como fatores importantes o fato de o idoso não morar sozinho e a quantidade de moradores em sua casa, demonstrando que ter mais de uma pessoa convivendo com o idoso em casa esteve associado com uma boa funcionalidade familiar (SUZANA *et al.*, 2021). Essa associação levou ao seguinte questionamento: o fato de ter várias pessoas em casa pode levar a uma melhor distribuição das tarefas entre os membros e, como consequência, melhora da funcionalidade familiar?

Dentre os estudos citados foi observado, ainda, de forma não sistemática, que os determinantes sociais da saúde (DSS) influenciam muito na vulnerabilidade e na existência do cuidador. Os DSS são apresentados por Dahlgren e Whitehead em diferentes camadas que permitem compreender melhor os impactos na saúde de uma população através da interação de alguns fatores condicionantes. Esses fatores se subdividem em quatro camadas, sendo: a camada primária responsável por abranger características individuais como idade, sexo, etnia; a camada secundária contém informações sobre o estilo de vida e hábitos comportamentais; a camada terciária com a participação social e as relações comunitárias; e, por fim, a camada quaternária que traz informações sobre condições socioeconômicas, políticas e culturais (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Ao fazer um levantamento na literatura, no ano de 2021, sobre os termos “idosos”, “funcionalidade”, “cuidador” e “ESF” foi encontrado que a maior parte dos estudos discute a necessidade ou existência do cuidador diante de uma população de idosos ou outros grupos sociais com alguma comorbidade prévia já estabelecida. Este fato contribuiu para motivar a realização do presente trabalho, que busca identificar a associação da existência de cuidador com as condições sociodemográficas e econômicas, arranjo familiar, condições de saúde e hábitos de vida do idoso,

considerando que a população entrevistada no presente estudo não foi determinada a partir de alguma condição de saúde específica, abrangendo indivíduos com doenças crônicas e indivíduos saudáveis. Sendo assim, este estudo possibilitará um melhor conhecimento da existência de cuidador e suas implicações na saúde da população idosa, contribuindo, assim, com uma melhora na atenção ao idoso e ao cuidador, garantida através das políticas públicas existentes.

Para atender a esta meta, o presente estudo tem como **objetivo geral** verificar a prevalência e fatores associados à existência dos cuidadores de idosos de uma USF, considerando perfil sociodemográfico e econômico, arranjo familiar, condições de saúde e hábitos de vida e discutir os desdobramentos das políticas de saúde do idoso no contexto do seu cuidado ao se considerar a Estratégia de Saúde da Família e como **objetivos específicos** buscou-se: caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico, arranjo familiar, condições de saúde e hábitos de vida de idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Vitória - ES; identificar a prevalência de cuidadores de idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Vitória - ES; caracterizar o perfil de cuidadores de idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Vitória - ES; associar a existência de cuidadores com o perfil sociodemográfico e econômico, arranjo familiar, condições de saúde e hábitos de vida de idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Vitória - ES; discutir os desdobramentos das políticas de saúde do idoso no contexto do seu cuidado ao se considerar a Estratégia de Saúde da Família.

A presente dissertação se apresenta estruturada de maneira que a introdução trata de um levantamento geral do tema da pesquisa, abordando aspectos sobre o envelhecimento, as políticas de saúde que tratam a respeito da população idosa e a necessidade do cuidador. Em seguida é apresentado o capítulo 2, que explica a metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho de forma minuciosa, englobando o local, as características da amostra da população em questão, todo o protocolo que foi utilizado para a realização do presente trabalho e as questões éticas que foram seguidas. No capítulo 3 abordam-se, mais profundamente, aspectos que tratam do envelhecimento e transição demográfica e epidemiológica vivenciada com o passar dos anos e um breve resgate histórico da trajetória das políticas de saúde que tratam a respeito da saúde da população idosa, além de uma breve análise da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e seus desdobramentos. No capítulo 4,

por sua vez, é apresentada uma discussão sobre os aspectos que tratam da ESF e o cuidado ao idoso e são discutidos o perfil dos idosos e dos cuidadores da Unidade de Saúde da Família Luís Castellar da Silva, bem como a associação entre a existência de cuidadores e o perfil dos idosos desta USF. Por fim, no capítulo 5, são apresentadas as considerações finais, com base em toda a discussão gerada ao longo do texto, a fim de explicitar a contribuição deste estudo para a sociedade. As considerações finais serão seguidas das referências e dos anexos utilizados na elaboração do presente estudo.

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional transversal quantitativo e que foi originado a partir de um estudo primário intitulado “Condições de saúde e funcionalidade de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família de Vitória”, realizado em 2018.

O estudo foi desenvolvido com idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Vitória - ES e seus respectivos cuidadores.

Em um primeiro momento e ao longo de toda pesquisa foram realizadas buscas bibliográficas utilizando-se de publicações catalogadas com as palavras chaves: *elderly, family health strategy, caregivers, public health policies* publicadas nos idiomas inglês e português, no período de 1988 a 2022, nas principais bases de dados, como Lilacs, PubMed e MedLine, além de livros, dissertações e teses acerca do assunto e das políticas públicas existentes para atender a população idosa.

O segundo momento consistiu em uma análise documental, que segundo Prates e Prates (2009) é uma técnica que pode ser aplicada a um ou mais documentos produzidos por outras pessoas e que contemplam políticas, normativas, projetos, dentre outros. No presente estudo o documento analisado foi a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada pela portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, cuja finalidade é de promover, manter e recuperar a autonomia de todo cidadão e cidadã brasileiros acima de 60 anos (BRASIL, 2006).

Por fim, em um terceiro momento, foi realizada a análise dos dados quantitativos, que foram coletados na pesquisa primária, obtidos através de entrevista semiestruturada com os idosos, sendo abordados aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico e econômico, arranjo familiar, condições de saúde e hábitos de vida dos idosos, bem como a existência do cuidador e o perfil destes.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na USF Luiz Castellar da Silva, localizada no bairro Jesus de Nazareth em Vitória - ES.

A cidade de Vitória conta com 6 regiões de saúde, sendo: Centro, Continental, Forte São João, Maruípe, Santo Antônio e São Pedro. A USF do presente estudo se localiza na região de saúde do Forte São João, que abrange 20 bairros, dentre eles o bairro Jesus de Nazareth.

A USF Luiz Castellar da Silva, por sua vez, se subdivide em microrregiões de saúde, contando, atualmente, com 7 microrregiões assistidas por 2 Equipes de Saúde da Família, que são compostas por profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de Saúde, dentista e técnicos de saúde bucal. A Unidade contava, no ano de 2018, com 355 idosos (60 anos ou mais) e atualmente, no ano de 2022, conta com 3806 habitantes cadastrados, dos quais 446 são idosos.¹

2.3 AMOSTRA

2.3.1 Características da amostra – estudo primário

O estudo foi realizado com os idosos assistidos pela ESF da Unidade Luiz Castellar da Silva e seus respectivos cuidadores, quando identificada a existência destes.

Foi realizado um cálculo amostral para diferentes prevalências com base nos 355 idosos cadastrados na USF em abril de 2018, considerando uma margem de erro de 0,05 e estimativa de proporção de 0,5 com acréscimo de 25% para possíveis perdas, totalizando um número mínimo de 189 idosos a serem entrevistados e de 246 ao se considerar as possíveis perdas.

Para que se pudesse selecionar os idosos a serem entrevistados e avaliados, foi gerada uma listagem de todos os idosos cadastrados na USF através do sistema da

¹ Dados gerados a partir do sistema interno da Rede Bem-Estar.

Rede Bem-Estar. De posse desta lista, os idosos foram organizados em ordem alfabética e planilhados no Software Microsoft Excel. Para a seleção aleatória dos idosos utilizou-se um sistema de 2/1, onde dois idosos foram selecionados para o estudo e o terceiro foi excluído. Depois de feita a seleção dos participantes foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão.

2.3.1.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo primário os idosos com idade superior ou igual a 60 anos, que estivessem cadastrados na Rede Bem-Estar e assistidos pela Estratégia de Saúde da Família e que aceitassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - idoso (ANEXO A).

2.3.1.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os idosos que houve a impossibilidade de acesso, que apresentaram caso de óbitos e mudanças de local de moradia prévios à realização das entrevistas e que não possuíssem condições cognitivas para responder ao questionário ou cuidador apto para tal.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão adotados no estudo primário, foi encontrado um número de 241 idosos participantes. Depois de realizadas as entrevistas e avaliações com os idosos, que ocorreram entre abril e junho de 2018, foi elaborado um banco de dados com todas as informações coletadas no Software Microsoft Excel.

2.3.2 Características da amostra – estudo secundário (estudo atual)

De posse do banco de dados do estudo primário, composto por 241 idosos, para o presente estudo foram aplicados novos critérios de inclusão e exclusão a fim de possibilitar a realização do estudo secundário. São eles:

2.3.2.1 Critérios de inclusão

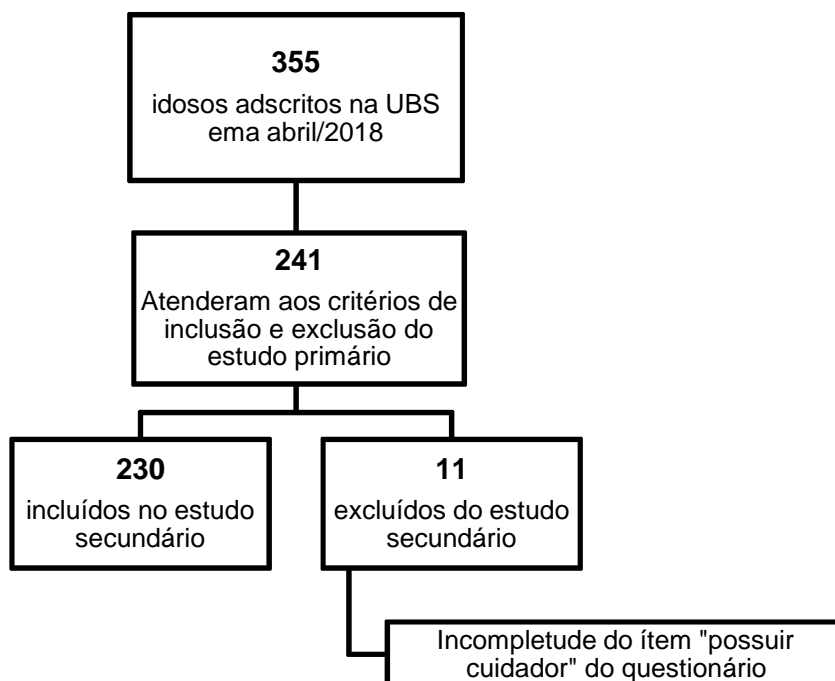
Os critérios de inclusão deste estudo secundário foram os mesmos do projeto primário e, portanto, foram considerados para o estudo idosos com idade igual ou superior a 60 anos cadastrados na Rede Bem-Estar e assistidos pela ESF.

2.3.2.2 Critérios de exclusão

Não foram considerados àqueles que apresentaram alguma incompletude do item "possui cuidador" no banco de dados do estudo primário, elaborado em julho de 2018. Aplicados os devidos critérios de inclusão e exclusão, obtivemos um número final de 230 idosos para o presente estudo.

A Figura 1 Apresenta um organograma exemplificando a seleção da amostra no presente estudo.

Figura 1 - Representação da amostra do presente estudo



Fonte: Elaborado pela autora.

2.4 PROTOCOLO DE ESTUDO

Os participantes do estudo em questão foram os idosos e seus respectivos cuidadores, quando identificada a presença destes, e os dados aqui presentes foram obtidos a partir de um banco de dados de um estudo primário, que foi elaborado através de entrevistas semiestruturadas realizadas no ano de 2018. As entrevistas realizadas no estudo primário ocorreram com agendamento prévio e nas residências dos idosos, aplicadas pela própria pesquisadora e outros discentes da graduação de fisioterapia e medicina, participantes do Projeto de Envelhecimento Ativo e Saudável na Comunidade (PROEAS)². A seguir apresentam-se as variáveis correspondentes ao perfil sociodemográfico e econômico, arranjo familiar, condições de saúde e hábitos de vida dos idosos, contidas na ficha de avaliação do idoso da pesquisa primária (ANEXO B).

2.4.1 Perfil sociodemográfico e econômico

Para caracterização do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos foram avaliadas as seguintes variáveis: idade (Entre 60-79 anos; 80 anos ou mais), sexo (masculino; feminino), etnia (branco, pardo/negro, indígena/amarelo), escolaridade (analfabeto; entre 1 e 8 anos; 9 anos ou mais), praticante religioso (não, sim, não informado), aposentado (não, sim), pensionista (não, sim, não informado), trabalha (não, sim, não informado), renda individual (até 1 salário mínimo (s.m.); entre 1.1 e 5 s.m.; não informado), renda familiar (até 1 s.m.; entre 1.1 e 3 s.m.; entre 3.1 e 5 s.m.; não informado), contribuição na renda familiar (não, sim, não informado).

2.4.2 Arranjo Familiar

O Arranjo familiar foi caracterizado com base nas variáveis: companheiro (não, sim), filhos (não, sim), quantidade de filhos (nenhum; entre 1 e 3; entre 4 e 6; 7 ou mais), mora sozinho (não, sim), quantidade de moradores (entre 1 e 2; entre 3 e 4; 5 ou

² Projeto de extensão em questão, vinculado à IES EMESCAM que tem por objetivo promover a formação humanizada e científica dos alunos, avaliar as condições de saúde e funcionalidade dos idosos de Vitória – ES e, depois de realizadas as avaliações, promover o envelhecimento ativo e saudável destes idosos através da educação em saúde, que foi oferecida por meio de orientações necessárias a partir do que é identificado na avaliação.

mais), residência multigeracional (não, sim, não informado), tem apoio (não, sim, não informado), sai sozinho (não, sim, não informado).

2.4.3 Condições de saúde e hábitos de vida

Para a caracterização das condições de saúde e hábitos de vida foram utilizadas as variáveis: doenças crônicas (não, sim), multimorbidades³ (não, sim), está em tratamento (não, sim), quedas (não, sim), internação hospitalar prévia (não, sim), fuma (não, sim), bebe (não, sim), atividade física (não, sim), atividade de lazer (não, sim), autoavaliação da saúde (ótima/boa; razoável; ruim/péssima; não informado), polifarmácia⁴ (não, sim), capacidade funcional (normal; alterada; não avaliada).

A capacidade funcional foi classificada e quantificada através do instrumento de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial da Saúde – WHODAS 2.0 (ANEXO C), que foi desenvolvido a partir da necessidade levantada pela Organização Mundial da Saúde de se criar um instrumento para medir a funcionalidade, incapacidade e saúde que estivesse ligado conceitual e operacionalmente à CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde). O instrumento é capaz de mensurar a incapacidade do indivíduo em realizar determinada atividade nos 30 dias que antecedem sua aplicação em razão de alguma condição de saúde. O questionário WHODAS foi traduzido e validado para a língua portuguesa do Brasil por Silveira *et al.* (2013) e é dividido em seis domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividade da vida e participação, permitindo a caracterização da percepção que o indivíduo tem de sua própria incapacidade (quando presente). As respostas podem ser nenhuma (1), leve (2), moderada (3), grave (4), extremamente grave/não consegue fazer (5). Ao final da somatória foi considerado normal o idoso que recebeu pontuação média entre 1 e 1.9 e alterado aquele que recebeu entre 2 e 5. Quando houve alteração da funcionalidade, essa alteração foi considerada leve para aqueles que obtiveram uma média entre 2 e

³ Que se define pela condição de um indivíduo possuir diferentes doenças e é comumente observada na população idosa (SALIVE, 2013).

⁴ Definida como a utilização de cinco ou mais medicamentos concomitantes em uma mesma semana ou maior frequência (FLORES; MENGUE, 2005).

2.9, moderada para os que apresentaram pontuação média entre 3 e 3.9, grave entre 4 e 4.9 e extrema quando apresentaram pontuação média de 5 (WHO, 2010).

2.4.4 Perfil dos cuidadores

Além de avaliado o perfil dos idosos, também foram avaliadas as características dos cuidadores através de perguntas como: Tipo de cuidador (familiar, profissional, não informado), a idade (até 39 anos, 40 anos ou mais), sexo (masculino, feminino, não informado), possui companheiro (não, sim, não informado), estado civil (casado, solteiro, viúvo, divorciado, não informado), escolaridade (até 8 anos de estudo, 9 anos ou mais, não informado), se possui capacitação como cuidador (não, sim, não informado), tempo atuando como cuidador (até 4 anos, 5 anos ou mais, não informado) e se cuidador familiar (não, sim), qual o vínculo com o idoso (filha/filho, companheiro, outro, não informado).

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados coletados foram tabulados em planilha do Software Microsoft Excel e posteriormente foi realizada uma análise descritiva e inferencial através do programa IBM SPSS *Statistics (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 27.

A análise descritiva das variáveis qualitativas nominais contou com medidas de frequência absoluta e relativa. A análise bivariada, por sua vez, foi realizada através do Chi-quadrado ou Exato de Fischer (quando uma ou mais categoria apresentaram frequência esperada menor que 5), para análises comparativas de variáveis nominais. Foi calculado ainda, para as variáveis que se demonstraram estatisticamente significantes, o resíduo ajustado do Chi-quadrado, sendo considerados valores acima de 1,96.

Por fim, foi realizada uma análise multivariada através do modelo linear generalizado pela regressão de Poisson com estimação robusta para estimar a razão de prevalência de modo a identificar os fatores associados à existência do cuidador. Foi considerado o Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e foram inseridas no modelo todas as variáveis com valor de $p < 0,2$ na análise bivariada.

Em todas as análises foi adotado um nível de significância de $p < 0,05$.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O acesso às Unidades de Saúde e seus usuários foi aprovado pela ETSUS via Declaração de Anuência, e em todas as etapas da pesquisa foram respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da resolução 466/12 e a inclusão dos participantes só ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa primária foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da EMESCAM sob o número 2.142.377 (ANEXO D).

3 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O CUIDADO AO IDOSO PELA ESF À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS À POPULAÇÃO IDOSA

Este capítulo teórico trata-se de uma contextualização ao leitor sobre aspectos que tratam acerca do envelhecimento populacional como consequência da transição demográfica e epidemiológica vivenciada no Brasil. Logo após são retratados aspectos da trajetória das políticas públicas de saúde voltadas à pessoa idosa, com uma breve análise documental elaborada sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e seus desdobramentos.

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

O envelhecimento é considerado como um processo natural ao qual todos os seres humanos em todos os estágios da vida estão submetidos. Entretanto, ainda são grandes as divergências e desafios existentes para elaborar um conceito único ao processo de envelhecer, visto que este possui múltiplas dimensões importantes a serem consideradas, abrangendo conceitos biológicos, psíquicos, sociais e ambientais (PESSÔA, 2010). A Organização das Nações Unidas (ONU) estabelece que, para se definir um envelhecimento de qualidade, devem ser considerados a prevenção de condições físicas e psíquicas, uma eficaz promoção de saúde, oferta educativa e cultural e integração social (WHO, 2002).

Baseado nestes princípios, Moragas (1997) conceitua a velhice de diferentes formas, sendo a primeira a “Velhice Cronológica”, que está relacionada de fato ao tempo de vida, considerando, portanto, como idoso o indivíduo com 60 anos ou mais. Essa forma, entretanto, desconsidera qualquer impacto ambiental, social ou psíquico desse indivíduo ao longo de todos os anos de existência, colocando um processo de envelhecimento igual a dois indivíduos que, por exemplo, venham de realidades completamente diferentes.

A segunda forma citada pelo autor é chamada “Velhice Funcional”, sendo a velhice associada à falta de condições físicas, limitação ou incapacidade na realização de alguma atividade (MORAGAS, 1997). Esse conceito de velhice apresenta também

inúmeras críticas por outros estudiosos da área, uma vez que a incapacidade funcional não está presente se quer na maior parte da população idosa e que este conceito constitui um estigma social que contribui para a marginalização dos idosos. Segundo Bobbio (1997), esse estigma pode ser prejudicado ainda mais com a atual aceleração e transformação dos costumes, dos meios, das artes da sociedade atual, que cria um distanciamento entre os idosos e a geração atual.

Por fim, temos a terceira forma: “Velhice, etapa vital”, considerada mais moderna, e que traz que a velhice, assim como todas as demais fases da vida, possui limitações, mas também potencialidades. O tempo vivido até chegar à fase da velhice pode produzir certas limitações ou agravos à saúde por um declínio fisiológico dos sistemas, entretanto, o envelhecer também pode trazer mais experiência, serenidade e maturidade (MORAGAS, 1997).

Faz-se importante, ainda, entender que a população idosa é formada por diferentes grupos e que, portanto, vivenciam diferentes maneiras de envelhecer e que o envelhecimento não pode ser recortado das demais fases da vida, entendendo que toda experiência vivida de maneira singular por cada pessoa impactará em sua vida na velhice (BOBBIO, 1997; TEIXEIRA, 2020). Considerando as circunstâncias políticas e econômicas vivenciadas no decorrer das últimas décadas é possível perceber que o envelhecimento ainda tem sido vivenciado por uma imensa parcela da população de maneira desfavorável (BIEGER *et al.*, 2013; TEIXEIRA, 2020).

Essa vivência da velhice como um momento trágico de vida vem, para muitos idosos, em decorrência de um sentimento de exclusão de seus costumes de vida e trabalho, questão essa que gera entre os estudiosos uma possível “problemática social do envelhecimento” (TEIXEIRA, 2020). Ao passo que se pode enxergar dentre a população de idosos aqueles que participaram do mercado de trabalho e ao atingir a velhice cronológica buscam então a aposentadoria e seus bens advindos dos programas de contribuição previdenciária, é possível ver, em outra parcela da população, os que historicamente foram excluídos do mercado e na velhice sofrem ainda mais os danos de uma desproteção estatal, reforçando com isso que a visão idealizada de longevidade como mérito e conquista da humanidade não é uma realidade global (TEIXEIRA, 2020).

Tratando ainda sobre a relação do idoso com o mercado de trabalho e seu impacto na contribuição de um envelhecimento com mais qualidade, um novo agravo foi percebido com a atual crise pela pandemia da Covid-19. Além de terem sofrido as maiores taxas de óbitos e comorbidades, o que gerou inclusive uma redução na expectativa de vida dos idosos em 1,9 anos, estes foram os que mais sofreram perdas trabalhistas, sendo observada uma redução de 9,3% dos idosos no mercado de trabalho comparado a 4,8% da população não idosa (CAMARANO, 2021).

Todos esses fatos contribuem para explicar o caráter multiconceitual do envelhecimento e a importância de estudos ampliados que permitam entender as necessidades e particularidades do envelhecer (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002). Há algum tempo este tema vem aparecendo como pauta em diversos debates ao redor do mundo, uma vez que, o “envelhecimento populacional”, fenômeno que vem ocorrendo de forma mais acelerada nos últimos anos, está diretamente relacionado às melhorias nas condições sanitárias, aos avanços da medicina e da tecnologia (DE SOUSA; MARQUETTE, 2018). Entretanto, com a pandemia causada pela Covid-19, algumas mudanças ocorreram na demografia da população, quando uma doença infectocontagiosa atingiu fortemente os idosos, que totalizaram 70% dos óbitos até junho de 2021 (CAMARANO, 2021). Além das modificações e impactos provocados na população, essa pandemia reforçou a importância de se manter um olhar atento e atual à população idosa que está a cada dia mais em evidência.

A Organização Mundial de Saúde estimou, no ano de 2015, que a população mundial de idosos alcançaria a marca de 22% quando comparada aos demais grupos populacionais em 2050, o que representa quase o dobro do quantitativo de 2015, onde os idosos representavam 12% da população. Sendo assim, em 2050 a população com 60 anos ou mais somaria 2 bilhões de indivíduos (WHO, 2015).

Essa realidade de envelhecimento acelerado da população ocorre em todo o mundo, entretanto, são percebidas grandes diferenças entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os países desenvolvidos começaram a vivenciar uma maior queda nas taxas de mortalidade da população no início do século XIX e um fato percebido nestes países é que a transição demográfica ocorreu de forma mais gradativa e antes do envelhecimento considerável da população (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Esse processo gradual permitiu o preparo mais adequado dos países para atender às necessidades dessa nova realidade da população, através de investimentos e elaboração de estratégias nas áreas socioeconômicas e de saúde (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; PALLONI; AGUIRRE; PELAEZ, 2002). Na América Latina e em outros países considerados em desenvolvimento, entretanto, essas reduções das taxas de mortalidade, que contribuem para o envelhecimento da população, só começaram a ser significativas no início do século XX, sendo mais evidenciadas a partir de 1960, refletindo em uma série de dificuldades dos países para se adaptarem à nova realidade de sua população (ARAÚJO, 2012; BARRETO *et al.*, 1993).

Em função destas mudanças e redução das taxas de natalidade e mortalidade, a expectativa de vida mundial também alcançou um aumento considerável, saindo de 30 anos em 1900 para 60 anos em 2000 (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). No Brasil, este aumento não foi diferente e dados do IBGE demonstram que em 2000 a expectativa de vida ao nascer no país era de 69 anos, atualmente é de 77 anos e no ano de 2060 chegará a 81 anos (Figura 2).

Figura 2 - Esperança de vida ao nascer no Brasil, Sudeste e Espírito Santo nos anos de 2000, 2022 e 2060 segundo dados da projeção de 2018

Brasil, Grande Região e Unidade da Federação	Ano	
Brasil	2000	69,83
	2022	77,19
	2060	81,04
Sudeste	2000	71,14
	2022	78,97
	2060	82,47
Espírito Santo	2000	70,37
	2022	79,79
	2060	82,74
Fonte: IBGE - Projeção da População		

Com este aumento da expectativa de vida, o número de idosos vem crescendo consideravelmente e com isso sua proporção em relação aos demais grupos etários

tem ganhado destaque. Em 2020 os idosos representaram uma porcentagem que ultrapassou a de crianças menores de cinco anos e as projeções apontavam que, em 2050, o número de idosos representará além do dobro do número de crianças no mundo (WHO, 2021). Se faz importante ressaltar, entretanto, que em 2019 eclodiu no mundo uma pandemia causada pelo vírus SARS-coV-2 que ocasiona a doença conhecida como Covid-19. Este vírus atingiu em grande número os idosos, uma vez que o risco de morrer foi relacionado ao aumento da idade e à presença de doenças crônicas (ZHANG, 2020; LLOYD-SHERLOCK *et al.*, 2020).

Antes da pandemia, no ano de 2018, o IBGE apontou que a estimativa de crescimento da população idosa no país era de dobrar o número até 2042 e que a expectativa de vida dos idosos, que seguia em um crescente, era de 76 anos em 2018 e seria de 80 anos em 2042 (IBGE, 2018). Com a pandemia, entretanto, houve um forte impacto no número de idosos e na expectativa de vida dos mesmos, que teve uma redução de 1,8 anos aos 60 anos e de 1,4 anos aos 80 anos (CAMARANO, 2021).

Ao se entender, portanto, o impacto das condições de saúde na demografia de uma população, se faz de extrema importância discutir e compreender a transição epidemiológica vivenciada no país com o passar dos anos.

O conceito de transição epidemiológica está relacionado às mudanças que ocorreram, com o passar dos anos, nas condições saúde e doença de uma população (LEBRÃO, 2007). Este conceito deste tipo de transição foi originado após a identificação da queda das taxas de mortalidade, que foram fortemente provocadas pela queda das doenças de caráter transmissíveis, que eram as responsáveis pelos maiores números de óbitos (OMRAN, 2001).

O perfil epidemiológico da população brasileira passou por algumas alterações com o passar dos anos. Por volta do ano de 1930 uma característica percebida era que as mortes ocorriam, em sua maior parte, por doenças consideradas transmissíveis e no ano de 1985 este cenário já se apresentava diferente, tendo a maior parte das mortes atribuídas a disfunções do aparelho circulatório e neste momento começa a se perceber, de forma mais clara, o processo de transição epidemiológica ocorrendo no país. Esta transição, entretanto, acontecia de maneira diferente nas diversas regiões,

e ao passo que algumas apresentavam uma completa alteração no padrão de óbitos para as doenças de caráter não transmissível, em outras, as mortes ainda se davam, em sua maioria, por doenças transmissíveis (PRATA, 1992).

Essa característica permaneceu ainda por alguns anos, o que tornou o processo de transição epidemiológica no país mais complexo e diferente do vivenciado em outros países mais desenvolvidos. O número de doenças crônicas e de caráter não transmissível aumentou no país neste período, entretanto, ainda era necessário se atentar à presença das doenças transmissíveis, que ainda se apresentavam um padrão de emergência e reemergência (ARAUJO, 2012).

No ano de 1998, o Brasil se apresentava com 66,3% das mortes ocasionadas por doenças crônicas, seguido de 23,5% de doenças transmissíveis e 10,2% de causas externas e, embora as doenças crônicas ocupassem a maioria no número de óbitos, este processo de transição epidemiológica no país foi considerado como uma transição prolongada (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Com esse levantamento da transição ocorrida no país pôde ser percebido que o perfil de mortalidade está sendo alterado na população. Em 2015, as principais causas de mortes elencadas foram por doenças do aparelho circulatório e respiratório, seguidas das neoplasias (VANZELLA; DO NASCIMENTO; DOS SANTOS, 2017). As doenças do sistema cardiovascular, que envolvem o aparelho circulatório, lideram os óbitos e aumentam com o decorrer da idade, sendo as mais prevalentes entre os idosos (BAPTISTA; QUEIROZ; RIGOTTI, 2018). Em 2019, entretanto, foi percebida uma nova mudança no perfil de mortalidade da população, especialmente entre os idosos, quando a pandemia do Covid-19 surgiu e novamente uma doença infectocontagiosa atingiu em grande número à população idosa (CAMARANO, 2021). Por este motivo faz-se importante que as políticas de saúde que tratam a respeito da saúde da pessoa idosa estejam sempre atentas e voltadas às necessidades desta população, que segue em um processo de transição demográfica e epidemiológica constante.

3.2 TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS À PESSOA IDOSA

Para se entender a atual situação das políticas que tratam a respeito da saúde da pessoa idosa se faz necessário compreender o processo de construção do sistema de saúde pública no país e as políticas criadas neste período.

A criação do Sistema Único de Saúde no Brasil foi marcada por um processo gradual e de muitos movimentos, que se iniciaram com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, acontecido na década de 70, durante a ditadura militar, e que buscava uma melhor condição de vida à população e a democratização da saúde (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Tal movimento foi de grande importância para os passos que seriam dados adiante na formação do Sistema Único de Saúde, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que contou com a participação da população pela primeira vez em uma conferência e discutiu temas como “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão” e “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

As propostas levantadas na 8ª CNS foram, então, oficializadas a partir da Constituição de 1988, que consolidou a saúde como direito de todos e trouxe a ideia de saúde universal, integral e gratuita no Brasil (BRASIL, 2009). Tais propostas foram ainda reforçadas em 1990 pela criação do Sistema Único de Saúde através da Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080/90, que dispõe sobre as necessidades de prover a promoção, proteção e recuperação à saúde da população e como deve se dar a organização e o funcionamento dos serviços para cumprir estas necessidades (BRASIL, 1990).

O SUS em sua formação trouxe como princípios a equidade, universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular (GONZAGA; FERREIRA, 2017) e durante toda a sua história, até os dias atuais, vem ganhando atualizações através de novas políticas e diretrizes que se voltam para as necessidades da população e fazem valer o cumprimento de uma saúde adequada para todos.

Ao se falar sobre a trajetória dos direitos e das políticas de saúde voltadas à população idosa no Brasil é importante retomar alguns assuntos aqui tratados anteriormente.

A discussão acerca da saúde da pessoa idosa passou a ganhar forma no Brasil ao passo que o Sistema de Saúde veio sendo definido e que o mundo modificou a forma de falar sobre envelhecimento. Ao final dos anos 90 a OMS definiu como 'envelhecimento ativo' aquele que, além dos aspectos relacionados à saúde, envolvem fatores como a participação, assistência, dignidade, autorrealização e independência (KALACHE; KICKBUSH, 1997).

Tal mudança no conceito de envelhecimento gerou mudanças também no planejamento estratégico, fazendo com que o enfoque seja redirecionado aos direitos dos idosos a oportunidades e tratamento iguais aos demais, reforçando ainda a importância da responsabilidade e da participação do idoso nos processos políticos que o envolvem (KEINERT; ROSA, 2009). Os Princípios das Nações Unidas para o Idoso, aprovado pela resolução 46/91 em 1991, reafirma tal importância ao trazer que o idoso deve estar integrado à sociedade e sendo participante na formulação e implementação das políticas que lhes dizem respeito e afetam o seu bem-estar (ONU, 1991).

Quanto aos avanços referentes à Saúde do Idoso no Brasil, ainda na Constituição de 1988, em seu artigo 230, esta traz que a família, a sociedade e o Estado dividem a responsabilidade de amparo ao idoso, garantindo que a participação social, bem-estar e dignidade sejam respeitados (BRASIL, 1988). Visando ainda amparar estes idosos, em 1994 foi promulgada a PNI, que visava assegurar os direitos dos idosos para promover autonomia, participação e integração deste grupo na sociedade e reforçou que estes direitos deveriam ser garantidos pelo Estado, sociedade, família, acrescentando os órgãos públicos e instituições sociais neste rol (BRASIL, 1994).

A lei que originou a PNI foi articulada, principalmente, pela Ordem dos Advogados do Brasil e Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, representando as entidades civis e representando as entidades técnicas pela Associação Nacional de Gerontologia e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (ALCÂNTARA, 2016).

Esta lei teve como finalidade assegurar os direitos dos idosos por meio de condições que garantam sua autonomia, integração e participação social. Dentre seus artigos e incisos vem ainda reforçar a isonomia e autonomia do idoso, tornando-o responsável pela efetivação da lei e dispondo que este não deve sofrer discriminações de qualquer espécie (BRASIL, 1994).

Na formulação da política, o Ministério da Previdência e Assistência Social se torna responsável por coordenar e fazer valer as diretrizes propostas, recebendo as funções de coordenar ações, participar na formulação e avaliação da política e promover articulações intra e interministeriais. Entretanto, em 18 de março de 2009, essa responsabilidade de coordenação foi transferida para a Secretaria de Direitos Humanos pelo decreto nº 6.800 e novamente alterada pelo decreto de nº 9.921, de 18 de julho de 2019, que transfere tal competência de coordenação da PNI ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BRASIL, 2009, 2019).

Transcorridos quase 10 anos da promulgação da PNI, ainda existiam muitas dúvidas e críticas relacionadas à falta de efetividade e não realização das ações previstas na política. Estas críticas, associadas à experiência de implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente, fizeram com que surgissem, no Congresso, dois projetos para a criação do Estatuto do Idoso (EI). O primeiro veio em 1997 e o segundo em 1999 e depois de discutidos na câmara dos deputados com a participação de representantes dos movimentos sociais, o projeto de criação do EI foi aprovado e em 1º de janeiro de 2004 entrou em vigor a Lei nº 10.741, que estabelece a criação do Estatuto do Idoso (ALCÂNTARA, 2016; BRASIL, 2003).

O EI conta com sete títulos e prevê ações voltadas à promoção de saúde, atenção primária, secundária e de reabilitação da população, bem como garantias de uma melhor qualidade de vida e envelhecimento através da integração e vivência em sociedade. Além disso o EI reforça a importância do atendimento integral ao idoso e a capacitação de todos os profissionais e sujeitos que prestam assistência aos idosos, incluindo seus cuidadores e familiares (BRASIL, 2003).

Passados mais alguns anos e visando melhorar a assistência prestada a essa população e reafirmar todos os direitos conquistados anteriormente, em 19 de outubro

de 2006, através da portaria de nº 2.528, foi aprovada a PNSPI. Sua finalidade foi de promover, manter e recuperar a autonomia e independência dos idosos, envolvendo a sociedade na luta para este fim. Tem como meta, portanto, promover uma saúde mais adequada aos idosos (BRASIL, 2006).

A necessidade de reformulação da política que tratava acerca da população idosa veio a partir de um compromisso internacional que aconteceu na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, onde foi desenvolvido o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, que incluía, em suas prioridades, a pessoa idosa e seu desenvolvimento, a promoção de saúde e bem-estar na velhice e a criação de um ambiente propício para tal vivência (WHO, 2002; DUARTE; MOREIRA, 2016).

Diante deste contexto, a PNSPI vem com o propósito também de cumprir algumas exigências levantadas em Assembleia a nível mundial e tem como finalidade a promoção, manutenção e recuperação da autonomia dos idosos, buscando medidas individuais e coletivas para alcançar este fim (BRASIL, 2006). Alguns desafios para isso, entretanto, são reconhecidos na própria política, como o déficit de um cuidado intermediário ao idoso, entre a alta hospitalar e o cuidado em casa, a insuficiência de serviços domiciliares e de uma equipe com conhecimento suficiente no processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

3.3 ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E SEUS DESDOBRAMENTOS

Segundo a PNSPI, o envelhecimento deve ocorrer com saúde e de forma ativa, conforme também é preconizado pela OMS. Para isso, reforça, em sua finalidade, que é importante promover, manter e recuperar a autonomia dos idosos, evitando situações de dependência funcional e ressalta ainda que para que isso aconteça são necessárias ações de promoções de saúde em todas as idades e que se mantenha um olhar atento àqueles que possuem alguma condição física ou socioeconômica e que por isso necessitam de ações específicas (BRASIL, 2006). Para que seja cumprida tal finalidade, a PNSPI elencou nove diretrizes:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;

- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006, p. 5).

Através da leitura da política e de suas diretrizes é possível perceber que um dos principais temas abordados na PNSPI é a integralidade no atendimento a pessoa idosa, ofertando ao usuário um cuidado individual e com base em suas necessidades. Este fato também é observado e reforçado quando o olhar se volta às políticas estaduais do estado do Espírito Santo, onde, desde 1998, através Lei nº 5780, é definida a Política Estadual do Idoso (PEI), que traz como finalidade: “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (ESPÍRITO SANTO, 1999).

Embora sua criação seja ainda prévia à PNSPI, a PEI estabelece uma série de ações a serem tomadas à nível governamental para que seja cumprida sua finalidade, como a promoção de treinamentos técnico dos profissionais a fim de criar equipes gerontológicas e específicas à população idosa e o desenvolvimento de estudos epidemiológicos para identificar as situações e peculiaridades do idoso e desenvolver ações de prevenção, tratamento e reabilitação, reforçando a ideia de cuidado integral ao idoso (ESPÍRITO SANTO, 1999).

Esta visão de cuidado integral se faz de grande importância ao passo que os estudos e os conceitos de envelhecimento vêm sendo modificados e no momento de elaboração da PNSPI já se entende o sujeito idoso como um ser biopsicossocial e a população idosa como heterogênea, com necessidades específicas a depender de todo o contexto psicológico, social, físico e ambiental envolvido (DUARTE; MOREIRA 2016).

Diante da necessidade de um atendimento integral para ofertar um cuidado de qualidade ao idoso, conforme previsto pela PNSPI, os profissionais envolvidos na propagação da política devem ser atentos para que este cuidado ao idoso seja

aplicado (DUARTE; MOREIRA 2016). E, para que seja possível este cuidado, foram propostas algumas ações a nível federal e estadual ao longo dos anos e de acordo com as necessidades da população.

A nível federal foi elaborado, em 2005, pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), o documento “Envelhecimento Saudável – Uma Política de Saúde”, que visa transmitir uma perspectiva mais ampla de saúde e para isso busca informar e discutir a formulação dos planos de ações para conquistar um envelhecimento ativo e saudável, conforme proposto pela OMS (WHO, 2005).

Tempos depois, em 2010, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Caderno de Atenção Básica, onde o idoso é apontado como um dos sujeitos necessitados de maior atenção pelos profissionais da saúde e que, para isso, tais profissionais precisam estar em constante capacitação e treinamento para lidar com as necessidades desta população (BRASIL, 2010a). Em 2011, portanto, o MS firma convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), visando capacitar os profissionais envolvidos no cuidado do idoso (BRASIL, 2010a).

Ainda no âmbito federal, no ano de 2018 foram concretizados dois grandes projetos nessa busca da promoção de um envelhecimento mais ativo e saudável. O primeiro foi a “Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa”, desenvolvida pelo MS e que objetivou a manutenção de uma boa qualidade de vida à pessoa idosa através de ajustes e melhorias nos serviços de transporte, saúde, habitação e, especialmente, na participação social, com ações de integração social ao idoso (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018). O segundo importante projeto concretizado foi a elaboração e publicação da 5ª versão da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que se trata de um instrumento de auxílio no manejo de uma boa saúde pelos profissionais, pela família e pelo próprio idoso (BRASIL, 2018).

Ao se tratar especificamente do estado do Espírito Santo, ao longo do tempo também foram desenvolvidas estratégias que permitissem o cumprimento das diretrizes da PNSPI. O Programa de Atenção ao Idoso, elaborado em 2008, estabeleceu novas diretrizes e normativas que auxiliassem na organização das redes de atenção voltadas

à pessoa idosa e definiu uma equipe técnica na Secretaria de Saúde para ser referência à saúde do idoso (MENDES, 2011). A partir de então, diversas discussões foram levantadas visando seguir as ações nacionais que eram desenvolvidas e, para atender à esta necessidade, no ano de 2018 a Política Estadual do Idoso passou por algumas modificações, descritas através da Lei nº 10.873, elencando novos cargos, diretrizes e responsabilidades do Estado, sociedade e família para com o idoso (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Em Vitória, no Espírito Santo, algumas ações também foram realizadas no decorrer dos anos. No ano de 2008 foi criado, pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e por meio do Programa de Atenção ao Idoso, o Programa Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa idosa que, assim como o estadual, teve como intuito reforçar a necessidade de redes de atenção bem estruturadas no município, bem como a formação técnica dos profissionais envolvidos nas secretarias para a promoção de uma melhor qualidade de vida aos idosos (SESA, 2008).

Outros importantes marcos para a conquista de um envelhecimento mais saudável no município foram a instalação das Academias Populares da Pessoa Idosa, visando o incentivo à prática de exercícios físicos e a instituição do Centro de Referência e Atendimento ao Idoso (CRAI), que fornece um atendimento integral à população através de uma equipe multiprofissional (SAÚDE..., [201-]).

A PNSPI também reconhece, em diversos momentos, que a família é a principal executora no cuidado ao idoso e que, especialmente ao se tratar dos idosos considerados frágeis ou com alguma incapacidade funcional, a demanda de atenção e cuidados se torna maior, podendo gerar uma sobrecarga para o indivíduo, família, sociedade e sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Esta preocupação com a independência e fragilidade é um outro ponto de destaque da política, que reforça, em vários momentos, que o caminho para um envelhecimento ativo e saudável é a independência e a autonomia do idoso nas suas questões funcionais e sociais.

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos comporão a base da pirâmide.

Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva –, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior frequência (BRASIL, 2006, p. 7).

Segundo a PNSPI, considera-se frágil o idoso com 75 anos ou mais, que se encontra acamado, esteve hospitalizado, apresente doença incapacitante ou enfrente situação de violência doméstica. A capacidade funcional, por sua vez, segundo a política, é dita alterada quando o idoso apresenta dificuldade em realizar alguma atividade básica ou instrumental de vida diária (BRASIL, 2006). Diante desta definição, a política destaca que:

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade (BRASIL, 2006, p. 7).

Ao conceituar a fragilidade e a incapacidade funcional e reforçar a necessidade de um atendimento integral ao idoso, a PNSPI visa fornecer um atendimento especial àqueles mais fragilizados e vulneráveis e esclarecer que por possuir as mais distintas necessidades os idosos necessitam de um olhar atento e atualizado voltado a eles (DUARTE; MOREIRA 2016).

Partindo deste entendimento, a PNSPI sugere que, tanto os indivíduos quanto às famílias devem estar adequadamente preparados para a velhice e para isso devem contar com um suporte adequado por meio da Estratégia de Saúde da Família, que assume um papel primordial na promoção de um envelhecimento saudável.

Neste sentido, foi iniciada, no ano de 2015, no Espírito Santo, uma discussão sobre a necessidade de identificação rápida das fragilidades do idoso, implementação de cuidados especializados e promoção de um envelhecimento de mais qualidade, além de reafirmar a necessidade das redes de atenção aos idosos. No ano de 2016 foi

implementado, ainda no Espírito Santo, o plano estadual de saúde 2016-2019, que retratou a família como estratégia prioritária a ser alcançada através dos princípios do SUS (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Recentemente, no ano de 2019, foi elaborado um novo Plano Estadual de Saúde 2020-2023 que, por considerar a modificação etária percebida nos últimos anos e consequente envelhecimento populacional e por valorizar o momento vivenciado em função da pandemia causada pela Covid-19, volta, em muitos momentos, o olhar para a pessoa idosa. Este plano foi elaborado com base em quatro desafios elencados pelo Planejamento Estratégico Governamental de 2019, são eles:

1. Ampliar e adequar a infraestrutura física e tecnológica do SUS para torná-los ambientes de acesso resolutivo e acolhedores aos usuários;
2. Reorientar o modelo da atenção e de vigilância em saúde, tornando a atenção básica mais resolutiva e integrada com a atenção especializada;
3. Modernizar e qualificar a resolutividade clínica e a gestão dos serviços de saúde;
4. Incorporar e desenvolver novas tecnologias e práticas de formação profissional, de inovação de ambientes produtivos em saúde e pesquisa aplicada ao SUS (ESPÍRITO SANTO, 2019, p. 11).

Para que sejam solucionados tais desafios foram iniciadas a implantação de algumas medidas, como a criação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) que tem por competência a formação, desenvolvimento de profissionais e estímulo a pesquisas de cunho científico e tecnológico. Outra importante medida são as políticas de cofinanciamento e transferência de recursos do estado aos municípios para estimular a regionalização e descentralização da gestão e saúde (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Faz-se importante salientar também que, no ano de 2018, Vitória contou com uma nova discussão sobre a reorganização da rede de atenção ao idoso⁵, onde foram discutidos temas de prevenção de riscos e proteção à esta população, destacando os aspectos referentes à saúde, reconhecimento da fragilidade do idoso e a necessidade de um plano de cuidado personalizado (ESPÍRITO SANTO, 2018).

⁵ “É composta por serviços de saúde, nos vários níveis de complexidade, que integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na manutenção e recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa e na melhoria de sua qualidade de vida” (WATANABE, 2009, p. 35).

Além disso, vale lembrar, ainda, que além de todos os programas desenvolvidos ao longo dos anos no Espírito Santo e em Vitória, o estado cresce a cada ano em cobertura da Atenção Primária e da Estratégia de Saúde da Família. Dados de um levantamento realizado apontam que, em 2021, o estado contava com uma cobertura de 78,94% de cidadãos assistidos pela Atenção Primária e 64,32% pela Estratégia de Saúde da Família, que hoje é considerada um elo crucial entre o idoso e o Sistema Único de Saúde (SESA, 2020). Em Vitória, essa cobertura é ainda maior, sendo 93,83% dos cidadãos assistidos pela Atenção Primária e 74,32 pela Estratégia de Saúde da Família em dezembro do mesmo ano (SESA, 2020).

4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO AO IDOSO: DISCUTINDO O CASO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA-ES

O presente capítulo trata sobre a ESF e o cuidado ao idoso à luz das políticas públicas de saúde voltadas à saúde da pessoa idosa, onde no primeiro momento é realizado um resgate dos aspectos históricos da construção do que hoje é conhecida como a ESF, além de alguns aspectos a respeito do cuidado do idoso e da figura do cuidador vista nas políticas públicas e na própria ESF. Em seguida é iniciada uma discussão elaborada sobre a Unidade de Saúde da Família Luís Castellar da Silva, utilizada para o presente estudo, onde, no item “4.2”, é apresentado e discutido o perfil dos idosos e dos cuidadores assistidos por essa ESF. Por fim, no item “4.3” são apresentados e discutidos os resultados provenientes de uma associação entre a existência dos cuidadores e o perfil dos idosos, identificando quais os fatores contribuintes para essa associação e agregando os aspectos das políticas públicas de saúde já apresentadas anteriormente para discutir os resultados.

4.1 A ESF E O CUIDADO AO IDOSO À LUZ DAS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À POPULAÇÃO IDOSA

Como discutido anteriormente, ao longo dos anos algumas políticas, programas e ações foram realizadas em prol da saúde do idoso no país. Dentre elas cita-se como de grande importância a Estratégia de Saúde da Família, que é considerada um importante vínculo entre a família e o sistema de saúde. E para entender a importância da ESF atualmente, em especial ao que tange à saúde do idoso, se faz necessário compreender alguns aspectos da sua implementação no país.

No ano de 1991 foi implantado, no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a finalidade de dar suporte e melhoria das condições de saúde nas comunidades e regiões necessitadas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; BRASIL, 2010b). O PACS surgiu como um programa emergencial a partir de uma experiência exitosa no Ceará, onde mulheres de baixa renda foram selecionadas para trabalharem como agentes de saúde, sendo capacitadas pelos médicos, enfermeiros e assistentes sociais, para auxiliar na atenção à saúde das crianças e suas mães. Diante desta nova atuação, os índices de internações hospitalares e mortalidade

infantil diminuíram consideravelmente e este fato levou, em 1991, à constituição do PACS e sua adoção em todo o país (BRASIL, 2010b).

Mesmo com a implantação do PACS, a população ainda apresentava grande indignação pela falta de acesso aos serviços de saúde. Em 1993, cerca de 1.000 municípios no Brasil ainda não contavam com nenhuma assistência médica e diante dessa problemática e da insatisfação popular, algumas articulações começaram a ser feitas a fim de elaborar a proposta do que se tornaria, meses depois, o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2010b).

Em 1994 tem-se, portanto, a criação do PSF, cujo objetivo inicial era de promover assistência à saúde, possibilitando o desenvolvimento de ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e famílias acompanhados na atenção primária (BRASIL, 1994). O nome de PSF veio em função das circunstâncias políticas vivenciadas no período. A formulação do programa ocorreu em um momento de transição de governo, e para que fosse possível concorrer aos recursos que vinham sendo destinados às áreas programáticas, optou-se por nomear de Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2010b).

O PSF foi desenvolvido como um programa focalizado, pois era o possível para a conjuntura da época, mas anos depois se tornou uma importante estratégia, sendo fundamental para a estrutura da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁶ que é um dos pilares para a consolidação do SUS (BRASIL, 2010b). Diante disto, em 28 de março de 2006, através da Portaria nº 648, o PSF passa a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo considerada uma importante estratégia de qualificação e consolidação da Atenção Primária por aprimorar o processo de

⁶ A PNAB teve sua primeira edição publicada em 2006, sendo considerada o resultado de uma experiência acumulada pelos grupos envolvidos no desenvolvimento e consolidação do SUS. A política foi elaborada no contexto do Pacto pela Saúde, ampliou a concepção da Atenção Básica (AB) e reconheceu a Saúde da Família como importante modelo de reorganização na AB (MELO *et al.*, 2018). Em 2011 a PNAB teve uma nova edição publicada, onde foram atualizados conceitos da antiga edição, introduzindo novos elementos importantes para a AB. A PNAB aponta nesta edição a ESF como a estratégia prioritária para a consolidação da AB, bem como a principal fonte de suporte para as famílias e capaz de reduzir as dificuldades no acesso à saúde (BRASIL, 2011). Por fim, em 2017 a PNAB ganhou, novamente, uma nova edição, que não trouxe mudanças tão significativas em relação à versão anterior, mas estabelece a revisão das diretrizes da política e apresenta novas noções, com mais detalhamento, das regiões e redes de saúde (BRASIL, 2017; MELO *et al.*, 2018).

trabalho, ampliar a resolutividade e melhorar a situação de saúde dos indivíduos e das famílias (BRASIL, 2011).

A PNAB considera a ESF como estratégia prioritária para consolidar a Atenção Primária no país e por isso aponta que sua qualificação deverá seguir as mesmas diretrizes e fundamentos da atenção primária do SUS, que contemplam (BRASIL, 2011):

I – Ter território adstrito, permitindo o planejamento, programação e desenvolvimento de ações que impactem nos determinantes de saúde de sua população.

II – Possibilitar acesso universal aos serviços, além de acolher e vincular os usuários, a fim de fornecer uma resposta à altura das necessidades da população.

III – Adescrever os usuários e promover relação de vínculo entre a equipe de saúde e a população, promovendo garantia de continuidade das ações e longitudinalidade do cuidado.

IV – Coordenar a integralidade, através da integração de ações programáticas e demandadas, da articulação de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, estimulando o trabalho multiprofissional e em equipe, dentre outras ações.

V – Estimular a participação popular a fim de prover autonomia e capacidade de construir um cuidado à saúde dos indivíduos e das coletividades.

A Atenção Primária é considerada a porta de entrada preferencial do SUS e a ESF, por permitir sua consolidação, é apontada também como uma porta aberta e de grande resolutividade, uma vez que envolve um acesso facilitado aos serviços e com funcionamento adequado para o território ao qual está inserida (BRASIL, 2011; FAUSTO *et al.*, 2014).

A PNSPI também coloca a ESF com um papel fundamental na saúde do idoso, pois a considera como um elo de importante entre o SUS e a pessoa idosa (BRASIL, 2006). Pampolim e Sogame (2018) destacam ainda que, a PNSPI reafirma essa importância da ESF na saúde do idoso ao dar prioridade à família e à atenção primária em saúde

em suas diretrizes e metas. Quanto ao cuidado ao idoso e à sua família, a ESF fornece assistência através de programas, ações, campanhas, e orientações fornecidos por profissionais capacitados para este fim, visando dar mais autonomia e capacitação às famílias para o cuidado ao idoso (PAMPOLIM; SOGAME, 2018).

A função importante da família é percebida desde o início da criação das políticas de saúde voltadas à pessoa idosa, onde é apontada como um *locus* extremamente importante para um cuidado de qualidade ao idoso, sendo referenciada como ponto estratégico para a saúde dos membros que a compõe (GOMES, 2009). É na família que se encontra, na maior parte das vezes, o cuidador, que é definido pela PNSPI como àquele que se torna responsável pelo cuidado do idoso a partir do momento que este se torna dependente, auxiliando-o em suas necessidades (BRASIL, 2006).

Entretanto, embora exista essa definição do papel do cuidador nas políticas públicas, as atribuições destes ainda são discutidas. São José (2012) aponta que o cuidado é baseado em uma ajuda nas questões que envolvem as atividades de autocuidado e tarefas cotidianas, mas também o apoio nas tensões emocionais e nas demandas sociais.

No ano de 2002 o IBGE observou que 40% dos idosos com 65 anos ou mais dependiam de algum auxílio para a realização de tarefas do cotidiano e identificou ainda, que este auxílio era fornecido, majoritariamente, por familiares (IBGE, 2002). Semelhante ao observado no Brasil, estudos desenvolvidos no Reino Unido e Portugal identificaram que os principais cuidadores dos idosos dependentes eram os familiares e que uma influência para isto era a proximidade residencial das famílias (PHILLIPSON, 2002).

A fragilidade, ocasionada no idoso pela presença de uma doença e conseqüente necessidade de um cuidador, faz, portanto, que as famílias se reorganizem de forma rápida para atender às necessidades do idoso fragilizado (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005). A escolha do membro cuidador se dá, em muitos casos, por iniciativa própria ou consenso familiar, se baseando em princípios como proximidade de residência, parentesco e afinidade com o idoso (JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018).

A ESF surge, mais uma vez, nesse sentido, como um dos pilares fundamentais para este cuidado, uma vez que é a responsável por estabelecer um vínculo entre a família e o Sistema de Saúde (MUNIZ *et al.*, 2016). Segundo a PNSPI, é de responsabilidade da ESF a identificação dos idosos em situação de fragilidade ou vulnerabilidade e suas respectivas famílias e, sendo devidamente identificados, deve ser ofertada uma assistência a estes cuidadores e familiares, baseada em um suporte qualificado e constante para que suas necessidades sejam atendidas e novos comprometimentos na saúde do idoso e do cuidador sejam evitados (BRASIL, 2006).

A necessidade de cuidados pode surgir de maneira súbita no idoso, fazendo com que os cuidadores familiares não tenham tempo adequado para conseguirem um devido preparo e conhecimentos técnicos suficientes para desempenhar tal função. Muitas vezes, entretanto, as famílias não possuem condições financeiras para contratar um cuidador profissional capacitado ou buscarem uma capacitação para os familiares e, em função disso, acabam assumindo o papel de cuidadores mesmo sem conhecimento técnico para tal (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A tarefa de cuidar do idoso exige do cuidador uma reorganização dos seus próprios afazeres cotidianos, como trabalho e estudos. Entretanto, este reajuste na rotina nem sempre pode ser alcançado, levando ao sentimento de frustração e sendo um preditor a sobrecarga no cuidador. Outro ponto que pode desencadear a sobrecarga é a somatória dos cuidados prestados ao idoso com o cuidado prestado aos outros membros da família e as tarefas externas, como trabalho e estudos. Estes fatores associados à tarefa de cuidar podem levar ao desgaste e ao aparecimento de doenças de ordem física e psíquica no cuidador (BAPTISTA *et al.*, 2012; GRATÃO *et al.*, 2012). Dentre as comorbidades mais percebidas entre os cuidadores temos a hipertensão arterial, depressão e outras doenças de ordem psicológica. Além disso, Brodaty e Green (2002) perceberam entre os cuidadores um maior consumo de medicamentos e realização de consultas médicas.

Para prevenir tais situações de sobrecarga nos cuidadores e melhorar a assistência prestada à população idosa, a ESF cumpre, mais uma vez, um importante papel, uma vez que cabe à essa Estratégia identificar tais situações e promover um suporte à

estas famílias (BRASIL, 2006). Para isso, sugerem-se a criação de grupos de suporte social⁷, que se fazem importantes e são destacados pelos órgãos públicos, como na Portaria nº 703 de 2002, que trata sobre a doença de Alzheimer e propõe um programa assistencial aos cuidadores e pessoas com a doença de Alzheimer dentro do SUS (BRASIL, 2002).

A PNSPI, da mesma forma, preconiza que deve ser fomentada uma rede solidária para o idoso fragilizado e sua família, para enfrentar estas fragilidades e atuar na promoção de saúde e integração social em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006). Por este motivo são propostas a criação de programas que ofertem atividades aos idosos e apoio aos seus cuidadores. Neste sentido, cabe a ESF, dentre outras atribuições, a aplicação de treinamentos e supervisão às necessidades de capacitação dos cuidadores familiares, visando incorporá-los, de fato, ao processo de cuidado com este idoso (MUNIZ *et al.*, 2016).

Para que isso seja possível, entretanto, algumas necessidades deverão ser atendidas, como a capacitação dos profissionais atuantes na ESF, a fim de que estes exerçam o papel de educadores em saúde, difundindo esse conhecimento para as famílias (BRASIL, 2006). Outra ação importante e necessária é o apoio técnico e financeiro aos estudos que investiguem a realidade dos idosos e cuidadores adscritos em seu território a fim de entender quais demandas e necessidades existem ali e quais possíveis agravos podem ser prevenidos através da identificação precoce dos fatores de risco à saúde do idoso e de seu cuidador (BRASIL, 2006).

Na USF Luís Castellar da Silva, localizada no bairro Jesus de Nazareth, foi realizado um estudo piloto de um projeto guarda-chuva que investigou o perfil, condições de saúde e funcionalidade de idosos assistidos pela ESF. Junto do projeto de pesquisa foi viabilizado e implementado um projeto de extensão, intitulado PROEAS, entre os anos de 2018 e 2021, cujo objetivo vai além, apenas, das avaliações e investigações. Depois de avaliados e identificada a realidade funcional e de saúde destes idosos,

⁷ O suporte social pode ser compreendido em duas classificações: formal e informal. O suporte formal abrange os serviços de atendimento aos idosos, dentre os quais citam-se os programas de capacitação das pessoas que lidam com o atendimento desta população. O suporte informal, por sua vez, abrange as redes de relacionamentos e relações com amigos, família, comunidade e outros grupos sociais (LEMOS; MEDEIROS, 2006; SLUZKI, 1997).

bem como suas necessidades, foi realizado um programa de educação em saúde, ofertado por meio de orientações individuais de acordo com suas necessidades a fim de promover um envelhecimento ativo e saudável, conforme preconizado pela OMS.

4.2 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LUÍS CASTELLAR DA SILVA: CONHECENDO O PERFIL DOS IDOSOS, A PREVALÊNCIA E O PERFIL DE SEUS CUIDADORES

Ao se observar o perfil da população idosa na USF Luís Castellar da Silva em 2018, foi traçada uma descrição com o perfil sociodemográfico e econômico (APÊNDICE A), condições de saúde e hábitos de vida (APÊNDICE B) e arranjo familiar (APÊNDICE C).

Com relação às características sociodemográficas e econômica, foi percebido que estes possuem, de maneira geral, entre 60-79 anos (87,5%), são do sexo feminino (61%), pardos/negros (73,5%), possuem entre 1 e 8 anos de estudo (70%), praticam alguma religião (65%), são aposentados (63,5%), não são pensionistas (77%), não trabalham (72,5%), possuem renda individual de até 1 salário mínimo (52,5%) e familiar entre 1,1 e 3 salários (56,5%) e contribuem na renda da família (84%).

Com relação ao sexo, no presente estudo foi observado que a maior parte era do sexo feminino e em estudos semelhantes foi percebido que o fato da população ser majoritariamente feminina e de idosos mais jovens (entre 60 e 79 anos) é uma realidade vivenciada em diversos lugares (BARBOSA *et al.*, 2018; SOUSA *et al.*, 2018). A predominância das mulheres entre os idosos é discutida entre alguns autores e é compreendida dentro do processo de feminilização da velhice. Uma das causas levantadas para a ocorrência desta feminilização se dá pela busca mais frequente por parte das mulheres aos serviços de saúde, o que faz com que tenham uma maior eficácia na prevenção, diagnóstico e tratamento das comorbidades, aumentando, conseqüentemente, sua sobrevivência (MAXIMIANO-BARRETO *et al.*, 2019; BARBOSA *et al.*, 2018).

Outro fator importante, que deve ser destacado e discutido é o fato da maior parte da população estudada ser composta de pardos e negros (60,5%). Esta é uma realidade também observada em outros estudos e constatada pelo último censo do IBGE, onde

comprovou-se que a população negra é a maior no Brasil. Entretanto, embora se apresente em número expressivo e majoritário, a população negra ainda sofre com uma série de barreiras ambientais, sociais, econômicas e de saúde que podem impedir uma melhor qualidade de vida (MAGALHÃES; ROCHA, 2020).

O que pôde ser percebido, em um levantamento realizado em 2018, foi que, entre a população que vivia em locais sem coleta de lixo, sem abastecimento de água ou sem esgotamento adequado, a grande maioria eram negros (IBGE, 2019) e estas condições podem impactar na saúde dos indivíduos, tornando-os mais vulneráveis e expostos à determinados agravos (MAGALHÃES; ROCHA, 2020). Além disso, outro ponto que pode ser percebido é que, entre a população negra, os índices de baixa escolaridade são maiores (IBGE, 2019) e uma maior escolaridade pode ser considerada um fator de proteção para abusos de ordem física e sexual na pessoa idosa (MAGALHÃES; ROCHA, 2020).

Os baixos índices de escolaridade são uma realidade comumente encontrada entre os idosos. Os resultados do presente estudo demonstraram que 70% dos idosos estudaram apenas entre 1 e 8 anos e outros autores encontraram resultados semelhantes, identificando uma baixa escolaridade entre os idosos avaliados (AGUIAR *et al.*, 2019; BRIGOLA *et al.*, 2019). A baixa escolaridade, além de estar relacionada à maior propensão à abusos entre os idosos, como tratado anteriormente, também se relaciona à uma menor participação social e expectativa de vida, devendo ser, portanto, objeto de estudo para que intervenções possam ser realizadas e os idosos tenham uma vida de melhor qualidade (BRIGOLA *et al.*, 2019; SCHIMIDT *et al.*, 2020).

Ao se observar o perfil ocupacional e de renda da população, o que se percebe é que os idosos, em sua maioria, não trabalham, são aposentados e recebem até 1 salário mínimo. Estudar a renda própria que o idoso possui e as condições para prover essa renda, como o trabalho, aposentadoria ou pensão se faz importante para compreender suas condições de prover seu próprio sustento e arcar com os gastos sem a ajuda da família, caso isso seja necessário (SILVA, 2020). Além disso, o presente estudo evidenciou que a grande maioria dos idosos contribuem na renda da família, tendo o valor recebido, ainda que baixo, dividido com outros familiares.

As condições sociais e econômicas são dois dos componentes dos determinantes sociais da saúde, sendo a renda destacada como um dos fatores que influenciam no processo de saúde e doença do indivíduo, seja de forma positiva ou negativa (ROCHA; DAVID, 2015). Travassos e Castro (2012) evidenciam isso quando discutem o acesso e a utilização dos serviços de saúde comparado a grupos populacionais divididos pela renda. Foi encontrado que os grupos que possuíam maior renda familiar utilizavam mais os serviços de saúde quando comparados aos grupos mais pobres. Entretanto, com o passar dos anos e à medida que a utilização dos serviços crescia em todos os grupos, as desigualdades passaram a ficar menos evidentes e um dos pontos considerados para a diminuição destas desigualdades foi o crescimento de procura dos serviços da atenção primária do SUS (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Sobre o arranjo familiar, encontrou-se que os idosos possuem, de uma maneira geral, companheiro (50,5%) e filhos (92,5%), tendo entre 4 e 6 filhos (40%), não moram sozinhos (71,5%), possuindo entre 1 e 2 moradores na casa (55,5%), em residência multigeracional (54%), possuem algum tipo de apoio (90,3%) e saem sozinhos (78,5%).

A coabitação de familiares com os idosos é uma realidade comumente observada no país, especialmente entre as famílias de renda mais baixa (AGUIAR; MENEZES; CAMARGO, 2018). Estudos realizados com idosos em diversas realidades corroboram com o resultado do presente estudo, evidenciando que a maioria dos idosos são casados, com filhos e vivem em residências multigeracionais (SANT'ANA; D'ELBOUX, 2019; CÔCO *et al.*, 2019; MOTA, 2021). Segundo Aguiar, Menezes e Camargo (2018), a família exerce um papel fundamental para evitar a solidão, reduzir as dificuldades e suprir as necessidades de cuidados que possam surgir com o envelhecimento. É considerada como a principal provedora de cuidados ao idoso dependente e cuja influência pode refletir diretamente no bem-estar do idoso, reduzindo a ocorrência de comorbidades e promovendo a manutenção de uma boa saúde, que é preconizada pela OMS e contribui para uma população mais saudável (MOTA, 2021).

Segundo a OMS, a saúde pode ser definida como uma união do bem-estar físico, mental e social e um dos indicadores consistentes para se conhecer a realidade de

saúde de uma população é através da autoavaliação da saúde (GOMES; PEREIRA; ABREU, 2018). Travassos e Castro também alocam a autoavaliação de saúde como um importante indicador de morbidades percebidas da população e outros estudos no Brasil demonstraram que a autoavaliação de saúde está associada a outros fatores dos determinantes sociais da saúde, especialmente aos de ordem sociodemográfica e econômica (ANTUNES *et al.*, 2019).

No presente estudo, a maior parte da população autoavaliou sua saúde como “ótima/boa” (54,5%). Ao se verificar, entretanto, as condições de saúde dessa população, foi observado entre os idosos avaliados que a maior parte possui doenças crônicas (90%), multimorbidades (65%), estão em tratamento de tais doenças (83%) e sofreram quedas (58%) e/ou internações hospitalares (68%) prévias. Entretanto, os idosos estudados não possuem polifarmácia (62,5%), possuem a capacidade funcional normal (74%) e são mais independentes, pois saem sozinhos (78,5%).

O declínio fisiológico dos sistemas ocasionado pelo envelhecimento pode ser um dos fatores contribuintes para a alta ocorrência de doenças crônicas e multimorbidades entre os idosos, coincidindo com o resultado da presente pesquisa e de outros estudos que evidenciam que os idosos possuem uma maior incidência de incapacidades e morbidades (SILVA *et al.*, 2019; ROMERO *et al.*, 2021).

Outro grupo de variáveis que se encaixam como essenciais para a promoção de uma boa saúde são os hábitos de vida (ABRANTES *et al.*, 2019) e no presente estudo os idosos não apresentavam hábitos ruins como tabagismo (87%), e etilismo (78,5%) e praticavam alguma atividade de lazer (61,5%), entretanto, não praticavam atividades físicas (68%), o que pode contribuir para a alta prevalência de doenças crônicas, uma vez que estas são mais encontradas entre os idosos que não praticam atividades físicas (IKEGAMI *et al.*, 2020).

A medida que as incapacidades e morbidades surgem, especialmente entre os idosos mais longevos, por consequência do adoecimento e envelhecimento dos sistemas do corpo, a necessidade de cuidados e de uma maior assistência se torna mais notória (SANTOS *et al.*, 2018). No presente estudo, dos 230 idosos considerados, 50

relataram possuir cuidadores, o que representa uma prevalência de 22% de cuidadores entre os idosos.

Ao se investigar o perfil destes cuidadores foi percebido que, em sua maioria, possuíam 40 anos ou mais (70%), eram do sexo feminino (54%), estudaram por até 8 anos (50%), eram casados (44%), exerciam a função de cuidadores a 5 anos ou mais (48%), entretanto, não possuíam capacitação para tal função (76%), pertenciam à família (92%) e possuíam o vínculo de filho/filha do idoso (46%) (APÊNDICE D).

O fato da maior parte dos cuidadores serem do sexo feminino é observado em outros estudos e em expressões ainda maiores, atingindo um número de 70% a 80% de cuidadoras mulheres. A literatura discute este cenário e o associa ao fato de que o “cuidar” envolve tarefas que, historicamente, foram mais ensinadas às mulheres. Enquanto os homens eram os responsáveis por prover a renda nas famílias, as mulheres se responsabilizavam pelo cuidado com a casa, com a alimentação e com os demais membros da família (JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018; QUEIROZ *et al.*, 2018).

Outro ponto que chama ainda atenção é quanto à idade dos cuidadores, que no presente estudo possuíam, em sua maioria, 40 anos ou mais. Este resultado é semelhante ao encontrado em outros estudos, que identificaram uma maior prevalência da faixa etária de 40 a 59 anos entre os cuidadores de idosos (JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018; CECCON *et al.*, 2021). Alguns autores consideram essa idade que antecede a velhice como a fase de transição, onde as mudanças advindas do envelhecimento começam a surgir, ainda que não sejam considerados idosos. Por estas mudanças, as pessoas nessa faixa etária tornam-se mais vulneráveis a determinados agravos e possuem uma maior necessidade de atenção do aspecto biológico e psicológico. As mudanças vindas desta fase de transição associadas à tarefa de cuidar podem impactar na qualidade de vida destes cuidadores, justificando o resultado observado por Queiroz e colaboradores (2018), que encontraram que a qualidade de vida entre os cuidadores mais jovens foi melhor em relação aos mais velhos (ARAÚJO *et al.*, 2013; QUEIROZ *et al.*, 2018).

Assim como identificado entre os idosos, os cuidadores do presente estudo apresentaram baixa escolaridade, tendo a maior parte estudado por até 8 anos de estudo. A escolaridade é apontada como um indicador importante da vulnerabilidade social a qual uma determinada população ou região está suscetível (CRUZ *et al.*, 2013). É considerada um dos fatores que contribuem na limitação da ascensão econômica individual e familiar e, por este motivo, alguns estudiosos discutem e reforçam a importância de se estimular a educação e capacitação entre os cuidadores, para que estes tenham condições de fornecer um melhor cuidado aos idosos (SANTOS-ORLANDI *et al.*, 2017; JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018).

No presente estudo, a maior parte dos cuidadores não possuem capacitação adequada e são, em sua maioria, membros da mesma família do idoso. Este fato corrobora com o encontrado por outros autores, que identificaram uma alta prevalência entre familiares cuidadores (JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018; QUEIROZ *et al.*, 2018). Segundo Jesus, Orlandi e Zazzetta (2018), a proximidade existente entre o idoso e o cuidador pode facilitar a adaptação do cuidador à esta nova função. Por existir um vínculo afetivo entre os membros, os sentimentos negativos com relação ao cuidar ficam menos transparentes e os sentimentos positivos sobressaem. Por outro lado, por existir o peso do cuidar como uma obrigação, os cuidadores familiares estão mais sujeitos às sobrecargas, tornando esse processo mais desgastante e podendo impactar na saúde do cuidador e do idoso que é cuidado.

Por se entender a importância do cuidador para o idoso, foram realizadas análises das associações entre a existência de cuidadores e o perfil sociodemográfico e econômico, arranjo familiar, condições de saúde e hábitos de vida dos idosos, que serão apresentados e discutidos a seguir.

4.3 FATORES ASSOCIADOS À EXISTÊNCIA DO CUIDADOR NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LUIS CASTELLAR DA SILVA

Depois de observadas as características dos idosos, dos cuidadores e identificado que há uma prevalência de idosos com cuidadores em 22% (50/230 idosos) da população estudada, buscou-se associar as características dos idosos no que tange ao perfil sociodemográfico e econômico, condições de saúde e hábitos de vida e

arranjo familiar com a existência do cuidador, apontados nas Tabelas 1, 2 e 3, respectivamente.

Tabela 1 – Associação do perfil sociodemográfico e econômico de idosos assistidos por uma USF de Vitória/ES com a existência de cuidadores

Perfil sociodemográfico e econômico	Cuidador		p
	Não n (%)	Sim n (%)	
Idade			
Entre 60-79 anos	164 (91%) ²	37 (74%)	0,001¹
80 anos ou mais	16 (9%)	13 (26%) ²	
Sexo			
Masculino	67 (37%)	23 (46%)	0,261 ¹
Feminino	113 (63%)	27 (54%)	
Etnia			
Branco	37 (20,5%)	12 (24%)	0,820 ¹
Pardo/Negro	134 (74,5%)	35 (70%)	
Indígena/Amarelo	9 (5%)	3 (6%)	
Escolaridade			
Analfabeto	26 (14,5%)	7 (14%)	0,926 ¹
Entre 1 e 8 anos	125 (69,5%)	36 (72%)	
9 anos ou mais	29 (16%)	7 (14%)	
Praticante religioso			
Não	58 (32,2%)	19 (38%)	0,351 ¹
Sim	121 (67,2%)	29 (58%)	
Não informado	1 (0,6%)	2 (4%)	
Aposentado			
Não	67 (37%)	17 (34%)	0,675 ¹
Sim	113 (63%)	33 (66%)	
Pensionista			
Não	145 (80,5%) ²	32 (64%)	0,007¹
Sim	32 (18%)	18 (36%) ²	
Não informado	3 (1,5%)	0 (0%)	
Trabalha			
Não	125 (69,5%)	42 (84%)	0,058 ¹
Sim	52 (29%)	8 (16%)	
Não informado	3 (1,5%)	0 (0%)	
Renda Individual			
Até 1 s.m.	99 (55%)	22 (44%)	0,183 ¹

Entre 1.1 e 5 s.m.	79 (44%)	27 (54%)	
Não informado	2 (1%)	1 (2%)	
Renda Familiar			
Até 1 s.m.	48 (26,5%)	8 (16%)	
Entre 1.1 e 3 s.m.	99 (55%)	31 (62%)	0,244 ¹
Entre 3.1 e 5 s.m.	28 (15,5%)	5 (10%)	
Não informado	5 (3%)	6 (12%)	
Contribuição na renda familiar			
Não	21 (11,5%)	4 (8%)	
Sim	152 (84,5%)	41 (82%)	0,542 ¹
Não informado	7 (4%)	5 (10%)	

¹ = Qui-quadrado de Pearson.

² = Resíduo ajustado do Qui-quadrado > 1.96

s.m. = salário mínimo

Fonte: Elaborada pela autora.

Ao se analisar as variáveis do perfil sociodemográfico e econômico em associação com a existência de cuidadores se percebeu um destaque para a idade, onde foi identificado que os idosos longevos (80 anos ou mais) se associaram significativamente com a existência do cuidador. Este resultado pode ser atrelado ao fato de que, com o avançar da idade, as prevalências de fragilidades, incapacidades e, conseqüentemente, dependência aumentam (AGUIAR *et al.*, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2019a, COCO *et al.*, 2019). Um estudo realizado por Farias-Antúnez *et al.* (2018) identificou que, entre os idosos de 75 anos ou mais, a fragilidade foi quatro vezes mais prevalente e, de forma semelhante, Fernandes e Garcia (2009) apontaram a idade como um fator de risco para as doenças que geram algum grau de dependência. No presente estudo os idosos mais longevos também foram os que apresentaram maior dependência de cuidados e este fato será discutido novamente a frente.

Outro item que se apresentou estatisticamente significativo com a existência do cuidador foi o fato de o idoso ser pensionista, onde foi percebido uma maior frequência de idosos pensionistas entre os que tinham cuidadores em relação aos que não tinham. Não foram encontrados argumentos e achados na literatura que sejam passíveis de discussão com o presente estudo, uma vez que, estudos que associem a existência do cuidador com as características dos idosos ainda são escassos. Entretanto, ao se considerar que no Brasil a pensão é fornecida nos casos de óbito do cônjuge, uma hipótese levantada é que, com a morte do parceiro, o idoso passa a

ficar necessitado de cuidados de terceiros, uma vez que ter um cônjuge foi considerado um fator benéfico para o bem-estar emocional e físico entre os idosos (CANTU; ANGEL, 2017).

Com relação à Tabela 2, que trata sobre as condições de saúde e hábitos de vida dos idosos, se destacaram como estatisticamente significantes a prática de atividades de lazer e a capacidade funcional.

Tabela 2 – Associação das condições de saúde e hábitos de vida de idosos assistidos por uma USF de Vitória/ES com a existência de cuidadores

Condições de saúde e hábitos de vida	Cuidador		p
	Não n %	Sim n %	
Doenças crônicas			
Não	18 (10%)	5 (10%)	1,000 ¹
Sim	162 (90%)	45 (90%)	
Multimorbidades			
Não	64 (35,5%)	16 (32%)	0,641 ¹
Sim	116 (64,5%)	34 (68%)	
Está em tratamento			
Não	29 (16%)	7 (14%)	0,734 ¹
Sim	149 (83%)	42 (84%)	
Não informado	2 (1%)	1 (2%)	
Quedas			
Não	77 (43%)	18 (36%)	0,373 ¹
Sim	102 (56,5%)	32 (64%)	
Não informado	1 (0,5%)	0 (0%)	
Internação hospitalar prévia			
Não	58 (32,2%)	14 (28%)	0,538 ¹
Sim	120 (66,7%)	36 (72%)	
Não informado	2 (1,1%)	0 (0%)	
Fuma			
Não	158 (88%)	42 (84%)	0,422 ¹
Sim	21 (11,5%)	8 (16%)	
Não informado	1 (0,5%)	0 (0%)	
Bebe			
Não	144 (80%)	37 (74%)	0,322 ¹

Sim	35 (19,5%)	13 (26%)	
Não informado	1 (0,5%)	0 (0%)	
Atividade física			
Não	119 (66%)	37 (74%)	0,313 ¹
Sim	60 (33,5%)	13 (26%)	
Não informado	1 (0,5%)	0 (0%)	
Atividade de lazer			
Não	62 (34,5%)	26 (52%) ²	0,024¹
Sim	118 (65,5%) ²	24 (48%)	
Auto avaliação de saúde			
Ótima/boa	102 (56,5%)	23 (46%)	
Razoável	65 (36%)	17 (34%)	0,182 ¹
Ruim/péssima	12 (7%)	7 (14%)	
Não informado	1 (0,5%)	3 (6%)	
Polifarmácia			
Não	117 (65%)	27 (54%)	0,155 ¹
Sim	63 (35%)	23 (46%)	
Capacidade funcional			
Normal	144 (80%) ²	26 (52%)	
Alterada	26 (14,5%)	23 (46%) ²	<0,001¹
Não avaliada	10 (5,5%)	1 (2%)	

¹ = Qui-quadrado de Pearson.

² = Resíduo ajustado do Qui-quadrado >1.96

Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação às atividades de lazer, foi encontrado que os idosos que praticam atividades de lazer se associaram à ausência do cuidador, enquanto aqueles que não praticam foram associados à existência do cuidador. A prática deste tipo de atividade está diretamente relacionada à efeitos positivos na qualidade de vida e conquista de um equilíbrio biopsicossocial, além de uma redução na ocorrência de conflitos de ordem pessoal e ambiental (LEITE *et al.*, 2012).

As atividades de lazer, especialmente as que são realizadas em grupos, oferecem estímulos aos idosos que melhoram a cognição, autoconfiança, autoestima e autonomia (NOGUEIRA; MARTINS, 2017) e uma vez que os idosos são mais autônomos e, conseqüentemente, menos dependentes, eles apresentam também menos necessidades dos cuidadores, justificando o resultado encontrado no presente estudo.

Outra variável que se destacou quando associada à existência de cuidadores foi a capacidade funcional, que atualmente é considerada um dos indicadores de boa saúde da população, pois ajuda a mensurar a independência das pessoas para a realização de tarefas em diferentes níveis de complexidade (CAMPOS *et al.*, 2016).

Com o avançar da idade, entretanto, e o conseqüente envelhecimento dos sistemas do corpo, alguns agravos à saúde podem surgir, trazendo uma maior dificuldade para a realização das tarefas que antes eram realizadas de forma mais simples e alocando o idoso em uma condição de dependência funcional (DADALTO; CAVALCANTI, 2021). Essa dependência ocasionada por alteração da capacidade funcional faz com que o idoso seja mais necessitado de cuidados, o que justifica o resultado do presente estudo, que indicou associação significativa entre a capacidade funcional alterada e a existência do cuidador.

Tabela 3 – Associação do arranjo familiar de idosos assistidos por uma USF de Vitória/ES com a existência de cuidadores

Arranjo Familiar	Cuidador		p
	Não n %	Sim n %	
Companheiro			
Não	89 (49,5%)	25 (50%)	0,945 ¹
Sim	91 (50,5%)	25 (50%)	
Filhos			
Não	13 (7%)	4 (8%)	0,852 ¹
Sim	167 (93%)	46 (92%)	
Quantidade de Filhos			
Nenhum	13 (7%)	4 (8%)	0,954 ¹
Entre 1 e 3	69 (38,5%)	21 (42%)	
Entre 4 e 6	73 (40,5%)	19 (38%)	
7 ou mais	25 (14%)	6 (12%)	
Mora sozinho			
Não	126 (70%)	39 (78%)	0,266 ¹
Sim	54 (30%)	11 (22%)	
Quantidade de moradores			
Entre 1 e 2	103 (57%)	25 (50%)	0,443 ¹
Entre 3 e 4	59 (33%)	17 (34%)	
5 ou mais	18 (10%)	8 (16%)	

Residência multigeracional			
Não	86 (48%) ²	16 (32%)	0,047¹
Sim	91 (50,5%)	33 (66%) ²	
Não informado	3 (1,5%)	1 (2%)	
Tem apoio			
Não	15 (8,5%)	3 (6%)	0,561 ¹
Sim	161 (89,5%)	47 (94%)	
Não informado	4 (2%)	0 (0%)	
Sai sozinho			
Não	20 (11%)	28 (56%) ²	<0,001¹
Sim	159 (88,5%) ²	22 (44%)	
Não informado	1 (0,5%)	0 (0%)	

¹ = Qui-quadrado de Pearson.

² = Resíduo ajustado do Qui-quadrado > 1.96

Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação à Tabela 3, que concerne às características do arranjo familiar dos idosos associados à existência do cuidador, se demonstraram estatisticamente significantes o fato da residência ser multigeracional e do idoso sair sozinho. Estes resultados também demonstraram significância quando analisados em conjunto com outros fatores através da análise multivariada, e por isso serão discutidos após a apresentação destes resultados.

Depois de realizada a análise bivariada, foram selecionadas todas as variáveis que apresentaram $p < 0,2$ para a realização de uma análise multivariada (Tabela 4) através da regressão linear generalizada de Poisson para estimar a razão de prevalência⁸ das características do idoso na existência do cuidador. Foram selecionadas para compor, portanto, o modelo final: idade, pensionista, trabalha, renda individual, residência multigeracional, sai sozinho, capacidade funcional, atividade de lazer, autoavaliação da saúde e polifarmácia.

⁸ Medida de associação que mensura a associação de um desfecho binário com as variáveis de exposição em estudos transversais (PAPALÉO, 2009).

Tabela 4 – Regressão linear generalizada de Poisson para existência de cuidadores entre idosos de uma Unidade de Saúde da Família de Vitória/ES

Variáveis incluídas no modelo	RP	IC95% para RP		p
		Inferior	Superior	
Idade				
Entre 60-79 anos	1,029	0,608	1,744	0,914
Pensionista				
Não	0,860	0,474	1,561	0,620
Trabalha				
Não	0,987	0,469	2,079	0,973
Renda Individual				
Até 1 s.m.	0,661	0,380	1,152	0,144
Residência Multigeracional	0,590	0,354	0,984	0,043
Não				
Sai sozinho	3,807	2,097	6,912	0,000
Não				
Capacidade funcional				
Normal	0,814	0,464	1,429	0,474
Atividade de Lazer				
Não	1,464	0,906	2,366	0,120
Autoavaliação da saúde				
Ótima/boa	0,778	0,436	1,386	0,393
Razoável	0,772	0,444	1,342	0,359
Polifarmácia				
Não	0,878	0,538	1,431	0,601

RP = Razão de Prevalência

IC = Intervalo de Confiança

s.m = Salário Mínimo

Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação à Tabela 3, que concerne às características do arranjo familiar dos idosos associados à existência do cuidador, se demonstraram estatisticamente significantes o fato da residência ser multigeracional e do idoso sair sozinho.

Ao se observar os resultados da análise multivariada é percebido que as variáveis residência multigeracional e sair sozinho se mantiveram estatisticamente associadas com a existência de cuidador, indicando que a inexistência de residência multigeracional (RP= 0,5) e o fato do idoso não sair sozinho (RP= 3,8) são de grande importância para a existência do cuidador, mesmo quando considerados outros fatores em conjunto.

No Brasil, a realidade de residências multigeracionais é muito observada entre os idosos (COCO *et al.*, 2019; AGUIAR; MENEZES; CAMARGO, 2018). Os estudos

apontam que os idosos coabitam, majoritariamente, com alguns membros da família, sendo mais comum a moradia ser dividida com o cônjuge, filhos, netos e noras ou genros e entre eles estar o cuidador deste idoso (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Esta coabitação com os familiares é apontada por diversos autores como um fator benéfico para uma melhor qualidade de vida ao idoso, além de proporcionar ganhos psíquicos, emocionais, sociais e promover uma melhor funcionalidade familiar (HERM; ANSON; POULAIN, 2016; HUO *et al.*, 2018). Isto acontece, pois, a família pode ser considerada a principal fonte de suporte e cuidado para estes idosos, especialmente entre os países em desenvolvimento, onde, na ausência de um suporte adequado dos sistemas de saúde, a família cumpre tal papel (OLIVEIRA *et al.*, 2019). E a importância da família diante do cuidado ao idoso é vista nas políticas públicas desde a Constituição de 1988, que aponta a responsabilidade do cuidado ao idoso à família, sociedade e ao Estado (BRASIL, 1994). A responsabilidade da família no cuidado do idoso é reforçada na PNI e no Estatuto do Idoso (EI), onde dispõe que, por participarem ativamente do cuidado do idoso os familiares devem, inclusive, receber uma capacitação, bem como todos os demais profissionais que participam deste cuidado (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003).

Costa, Nakata e Morais (2015) identificaram que entre os idosos que moravam sozinhos as limitações e dificuldades nas atividades básicas do dia a dia eram maiores e que, por não ter com quem contar em casa, estes buscavam apoio dos amigos, vizinhos e familiares para que os auxiliassem. Tal achado reforça que ter um grupo de convivência diária, especialmente da família, pode gerar um maior suporte emocional e físico nas demandas dos idosos, desempenhando um cuidado de mais qualidade e reduzindo assim, os agravos à saúde (PEZAVENTO; RIBEIRO, 2018).

Entretanto, embora a família represente tamanha responsabilidade perante os idosos, esta tem sofrido uma série de modificações em função das mudanças sociais e da longevidade dos idosos conquistada nos últimos anos (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Os idosos estão vivendo por mais tempo e como consequência deste envelhecimento vê-se um aumento nas prevalências de morbidades e incapacidades, fazendo com que eles necessitem de maiores cuidados que, muitas vezes, as famílias não podem

ofertar por não ter um membro disponível ou habilitado para tal função (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Esta dificuldade é percebida, especialmente, entre as famílias menos favorecidas em função do crescente cenário de desigualdades sociais da atualidade. Famílias que apresentam rendas mais baixas, menores níveis educacionais e posição social desfavorecida estão inseridas em um contexto de maior vulnerabilidade social, o que pode se relacionar com piores condições de saúde e, conseqüentemente, aumento das mortalidades e incapacidades entre seus membros (ARAÚJO *et al.*, 2019b; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Para que essas desigualdades sejam amenizadas, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge com grande importância, uma vez que, é capaz de facilitar o acesso da população aos serviços e, dessa forma, reduzir as iniquidades em saúde. Uma das características importantes do SUS, por meio da ESF, é a oportunidade de difusão de informações entre a população de seu território, que pode ser realizada através da promoção de ações, campanhas e estratégias que permitam informar os sujeitos e as famílias sobre seus direitos e deveres garantidos através das políticas públicas e assim contornar as desigualdades em saúde (ARAÚJO *et al.*, 2019b; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

As famílias, entretanto, apresentam singularidades e, em muitos casos, já se apresentam em situação de vulnerabilidade e desigualdade social no momento que o idoso passa a necessitar de cuidados, o que dificulta ainda mais a busca e o preparo destes cuidadores por informações e capacitações que permitam um cuidado mais adequado. Dessa forma, Song, Sorensen e Yan (2018), em seu estudo, discutiram a preparação e o suporte das famílias para lidar com o idoso dependente e defendem que as orientações e o planejamento das ações devem ser feitas ainda antes que aconteçam os primeiros cuidados, visando minimizar as situações de despreparo e conseqüente sobrecarga entre os cuidadores e assim promover uma vivência mais digna e igualitária ao idoso e seu cuidador (ARAÚJO *et al.*, 2019a; SONG; SORENSEN; YAN, 2018).

Outra variável que se demonstrou importante na análise bivariada e na análise multivariada foi o fato do idoso não sair sozinho, que apresentou uma razão de prevalência de 3,8 a mais na existência do cuidador.

Uma vez que surgem as limitações e incapacidades em decorrência do envelhecimento, uma atitude muito percebida é a redução ou abandono completo das atividades básicas da vida, como sair sozinho aos lugares. O medo de sofrer quedas ou agravos à saúde é encontrado constantemente entre os idosos, sejam eles saudáveis ou não, mas entre a população que já apresentou quedas ou que possui algum comprometimento funcional, percebe-se que o medo é maior e impacta diretamente na participação social deste idoso, tornando-o, muitas vezes, refém de um maior isolamento social (DOS ANJOS *et al.*, 2015).

Outro ponto importante de ser discutido, entretanto, é que muitas vezes o abandono das atividades básicas e rotineiras, como sair sozinho, vêm por determinação da família e dos cuidadores que, por enxergarem o idoso em uma condição de dependência, o colocam em uma posição passiva em relação a seu cuidado, limitando suas ações. Essa limitação, por sua vez, pode colaborar com a perda de autonomia dos idosos, fazendo com que estes percam o poder de decidir e fazer suas próprias escolhas (ARAÚJO; CASTRO; SANTOS, 2018).

Fato é que seja por apresentar limitações funcionais, medo ou por superproteção da família, os idosos que são considerados dependentes perdem autonomia e deixam de realizar suas atividades, indo contra o que é preconizado pela PNSPI, que coloca a capacidade funcional e autonomia como um novo paradigma para uma saúde de qualidade e com foco em um envelhecimento ativo para todos (BRASIL, 2006).

Para que essa realidade seja diferente, se faz necessária a elaboração de programas de orientação direcionados aos idosos e seus cuidadores, em virtude dos inúmeros desafios do cuidar e das sobrecargas enfrentadas pelos cuidadores com o intuito de reduzir ou prevenir as incapacidades e limitações funcionais do idoso e do cuidador, contribuindo assim, para um cuidado de mais qualidade e mais saúde para ambos os sujeitos (SILVA *et al.*, 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser um tema tão atual e importante, o envelhecimento tem sido alvo de diversos estudos e investigações, que identificaram que o envelhecimento não pode ser facilmente definido, uma vez que abrange aspectos de ordem social, psíquica, ambiental e biológica.

Este envelhecimento tem se apresentado de maneira mais expressiva e notória nos últimos anos em todo o mundo, entretanto, este processo ocorreu de maneiras diferentes entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que impacta significativamente nas condições atuais dos idosos. Nos países em desenvolvimento a população envelheceu em um ritmo tão acelerado que houve grande dificuldade na construção e incorporação das políticas públicas para que atendessem à realidade da nova população de idosos que se formava, o que nos leva a compreender o porquê das políticas que tratam a respeito da saúde da população idosa serem tão recentes e exigirem novas atualizações e revisões.

As transições que resultaram no envelhecimento da população exigiram, também, uma mudança no planejamento estratégico das políticas, especialmente à medida que o mundo modificava a forma de falar sobre o envelhecimento. O termo “envelhecimento ativo” passou a ser adotado e em função disso, valores como a autonomia e independência dos idosos eram preconizados pelas políticas visando impedir ou retardar a dependência funcional que pode ocorrer em decorrência da fisiologia do envelhecimento.

Quando instaurada essa dependência nos idosos, os cuidados se fazem necessários, e este direito aos cuidados também são apontados pelas políticas públicas, que colocam como responsáveis pela garantia deste cuidado o Estado, a sociedade e a família para que seja proporcionado ao idoso um envelhecimento de qualidade. O que se percebe no Brasil, entretanto, é que a família é quem constitui a principal rede de cuidado e apoio do idoso e quando se faz necessária a existência de um cuidador para o idoso, este é, na maior parte das vezes, um membro da família.

A família é considerada um pilar fundamental no cuidado ao idoso, sendo apontada como um ponto de estratégia para amparar os membros que a compõe. Por possuir

este importante papel dentro da sociedade, especialmente no que tange aos aspectos políticos, sociais e econômicos, a família supre, muitas vezes, as lacunas deixadas pelas políticas públicas voltadas aos idosos e pela omissão do Estado.

Neste sentido, para que se alcance um envelhecimento ativo e de qualidade como é o preconizado, a PNSPI defende que não só o idoso deve estar preparado para a velhice, mas também as famílias e para que isso seja alcançado a ESF surge com um papel de grande importância no preparo desta velhice. A ESF é considerada a responsável por fazer o vínculo entre as famílias e o sistema de saúde, e sua atuação pode ser vista tanto através da identificação dos idosos e das famílias que vivenciam situações de fragilidade quanto através das propostas de ações, programas e estratégias que forneçam assistências para os idosos e seus respectivos cuidadores.

Essa identificação dos idosos e famílias que possuem algum tipo de vulnerabilidade são importantes pois, somente ao se conhecer a realidade da população ao qual se estuda, é possível propor intervenções eficazes que contribuam para a promoção deste envelhecimento de qualidade e prevenção de riscos e agravos à saúde do idoso e de seu cuidador, que normalmente vem da própria família.

Desta forma, o presente estudo investigou a prevalência de cuidadores entre uma população de idosos e quais os fatores referentes às condições sociodemográficas e econômicas, de saúde, hábitos de vida e arranjo familiar dos idosos que se associaram à existência do cuidador.

Foi encontrado que a prevalência de cuidadores foi de 22% entre a população idosa e como fatores associados encontrou-se, na análise bivariada, como destaque a idade (80 anos ou mais), o fato de ser pensionista, a ausência de atividades de lazer, a alteração da capacidade funcional, ter residência multigeracional e não sair sozinho. Quanto à análise multivariada, por sua vez, as variáveis que se demonstraram significantes foram apenas o fato de não ter residência multigeracional e o não sair sozinho.

Estes resultados, entretanto, foram obtidos através de uma regressão logística, que considera todos os outros fatores para que se investigue a significância da variável.

Diante disto, entende-se que o fato do idoso não sair sozinho ter impactado na existência do cuidador é influenciado, também, por outros fatores, como a idade mais longa, a alteração da capacidade funcional e ter condições de saúde ruim, que tornam o indivíduo mais fragilizado e dependente e, dessa forma, o impedem ou o limitam a sair sozinho e, sendo assim, necessitam do auxílio do cuidador.

De forma semelhante, a significância da residência multigeracional pode ser entendida com a influência de outros fatores, como o idoso ser pensionista, possuir renda mais baixa e assim necessitar de auxílio financeiro da família, ou possuir uma condição de dependência maior, como exposto acima.

No Brasil são percebidos, em grande número, lares com característica multigeracional, onde é observada a presença dos filhos e netos morando junto do idoso, além do cônjuge. Essa presença dos familiares próximos ao idoso, coabitando em um mesmo lar, é considerado um fator de proteção e melhora para a qualidade de vida, saúde emocional e física do idoso e isso se deve a importância da família como fonte de cuidado para seus membros, especialmente quando o sistema de saúde não é suficiente para cumprir, sozinho, este papel.

A necessidade de cuidados no idoso, entretanto, pode surgir de maneira repentina, fazendo com que muitas famílias não tenham disponibilidade de tempo ou recursos para lidar com as necessidades deste idoso dependente.

Para isso, deve ser fornecido um devido suporte aos idosos e seus cuidadores que seja qualificado e constante. E para que as necessidades sejam atendidas e para que este suporte seja possível, os profissionais atuantes na ESF devem ser qualificados e capacitados a atuarem como promotores e educadores da saúde, difundindo os conhecimentos sobre cuidado com os idosos e assim proporcionando mais capacitação e autonomia aos familiares e cuidadores.

Outra importante ação pontuada pelas políticas de saúde que tratam à respeito da população idosa é a implantação de redes solidárias e grupos de suporte social para o idoso que já se encontra fragilizado e seu cuidador, objetivando enfrentar e contornar tais fragilidades através da escuta, apoio, treinamentos e práticas de atividades que

estimulem a autonomia, melhora da capacidade funcional e participação social de ambos, prevenindo assim, novos agravos à saúde do idoso e situações de sobrecarga entre os cuidadores.

Faz-se importante pontuar, ainda, que são necessários o incentivo e apoio técnico e financeiro àqueles estudos que buscam investigar, conhecer e propor melhorias para a realidade dos idosos e cuidadores a fim de que seja possível identificar precocemente as demandas e necessidades dessa população.

Após a conclusão do estudo, os resultados aqui encontrados serão disponibilizados aos profissionais da atenção básica, à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e publicados e, dessa forma, espera-se que haja mudanças e melhorias na inclusão da atenção aos idosos em todos os âmbitos da saúde e a devida orientação, atenção e capacitação aos cuidadores, visando promover um cuidado mais integral e assim contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável da população.

O estudo apresenta algumas limitações importantes, como seu caráter transversal, que impossibilita o estabelecimento de uma relação causal entre as variáveis estudadas. Outro ponto importante de ser considerado é a escassa publicação de estudos que associem as características dos idosos com a existência dos cuidadores, especialmente quando se considera uma população sem comorbidades específicas, como é o caso do presente estudo, dificultando a comparação dos resultados com o encontrado em outros locais.

Apesar das limitações encontradas, considera-se o presente estudo de grande valia para a comunidade científica, pois pode auxiliar a elucidar a influência dos aspectos sociodemográficos, econômicos, condições de saúde e hábitos de vida e arranjo familiar dos idosos na existência do cuidador, além de fornecer um maior conhecimento da população estudada aos órgãos e serviços de saúde, para que as ações a serem desenvolvidas possam atender às demandas e necessidades desta comunidade, promovendo um envelhecimento de maior qualidade à todos.

Ao se tratar especificamente da comunidade estudada, localizada no bairro de Jesus de Nazareth, se faz importante pontuar as experiências e oportunidades vivenciadas

lá, que permitiram uma melhor assistência aos idosos e seus respectivos familiares após o conhecimento da realidade da população.

Os dados aqui presentes foram coletados no ano de 2018 e vindos a partir de um projeto de extensão do qual participei, intitulado PROEAS, cujo objetivo era de avaliar as condições dos idosos desta comunidade e fornecer orientações baseadas nos comprometimentos identificados. Este primeiro contato com a comunidade foi de grande importância e impacto para os caminhos, ainda desconhecidos na época, que viriam a seguir. Conhecer a realidade daqueles idosos e ver a necessidade de um olhar mais atento àquela população contribuiu para o meu desejo de trabalhar com a população idosa e, especialmente, poder ensinar a outras pessoas o tanto que aprendi com a escuta e o olhar voltado àqueles idosos e familiares.

Entretanto, no ano seguinte, em 2019, o mundo se deparou com uma pandemia que atingiu, de maneira mais expressiva, aos idosos e diante disso as atividades que eram exercidas com os idosos pelo PROEAS e pelos estágios da instituição de ensino precisaram adotar o caráter remoto, o que dificultou e impactou significativamente na assistência até então ofertada à esta comunidade.

À medida que a ciência avançou no controle da doença, o retorno às atividades presenciais pôde ser alcançado e neste momento tive a oportunidade de retornar à esta comunidade, mas com um novo papel. Assumi, durante a realização do estágio em docência que exerço atualmente, a responsabilidade pelo estágio supervisionado da saúde em comunidade em Jesus de Nazareth. O conhecimento prévio da população pela realização do PROEAS, os ensinamentos deixados pela vivência da pandemia pela Covid-19 e o conjunto de leituras sobre o envelhecimento, especialmente a partir da ótica social, para a realização da presente dissertação, contribuíram para a minha formação e capacitação para atuar com os alunos, idosos e familiares desta comunidade.

Atualmente, enquanto professora, tenho a possibilidade de contribuir com a melhora da assistência à população idosa por meio da formação dos alunos, incentivando e ensinando-os a serem profissionais que saibam da importância de se promover a saúde, prevenir e tratar os agravos da população através de atividades rotineiras

implementadas no estágio supervisionado para assistência desta população. Sendo assim, atualmente são ofertadas na comunidade de Jesus de Nazareth grupos de atividades físicas e manuais para os idosos, onde é possibilitada uma melhora das condições funcionais e participação social, além do acompanhamento daqueles identificados com algum grau de vulnerabilidade ou incapacidade, que são devidamente avaliados e orientados por meio de cartilhas e orientações individuais e voltadas às suas necessidades.

Ao se identificar a existência de cuidadores entre os idosos, estes também são ouvidos e com base em suas queixas funcionais são orientados exercícios e atividades que promovam um maior bem-estar e atendimento das necessidades apontadas que são passíveis de atuação da fisioterapia. Também são realizadas, em conjunto com os outros profissionais da USF, ações de prevenção e conscientização da população em geral acerca dos riscos e agravos identificados.

Todas as oportunidades e vivências adquiridas no estudo e acompanhamento destes idosos ao longo dos anos modificaram minha forma de pensar e agir em prol da população idosa e, através da realização e publicação do presente estudo, espera-se contribuir com o entendimento e a identificação das necessidades dos idosos e seus respectivos cuidadores a fim de que sejam atendidas e assim todos tenham acesso à um envelhecimento de qualidade, como lhes é de direito.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, G. G. *et al.* Depressive symptoms in older adults in basic health care. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 1-7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190023>.
- AGUIAR, A. C. S. A.; MENEZES, T. M. O.; CAMARGO, C. L. Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 3, p. 292-301, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68425>
- AGUIAR, B. M. *et al.* Evaluation of functional disability and associated factors in the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, p. 1-11, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180163>.
- ALCÂNTARA, A. de O. Da política nacional do idoso ao estatuto do idoso: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. In: ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. 615 p.
- ALMEIDA, A. M. O.; CUNHA, G. G. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 16, n. 1, p. 147-155, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000100015>.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>.
- ANTUNES, J. L. F. *et al.* Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180010, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180010.supl.2>.
- ARAUJO, J. S. *et al.* Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, p. 149-158, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100015>.
- ARAÚJO, G. K. N. *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. **Acta Paul Enferm.** v. 32, n. 3, p. 312-318, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900043>.
- ARAÚJO, F. B. *et al.* Frailty, profile and cognition of elderly residents in a highly socially vulnerability area. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3047-3056, 2019b. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.26412017>.
- ARAÚJO, J. D. Polarização Epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400002>.

ARAÚJO, L. F.; CASTRO, J. L. C.; SANTOS, J. V. O. A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 14-23, 2018. DOI: <https://doi.org/10.24879/2018001200200130>.

BAPTISTA, B. O. *et al.* A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 147-156, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100020>.

BAPTISTA, E. A.; QUEIROZ, B. L.; RIGOTTI, J. I. R. Decomposition of mortality rates from cardiovascular disease in the adult population: a study for Brazilian micro-regions between 1996 and 2015. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 35, n. 2, p. 1-20, 2018. DOI: <https://doi.org/10.20947/S102-3098a0050>.

BARBOSA, R. L. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos de um Centro de Convivência. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 357-373, 2018. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p357-373>.

BARRETO, M. L. *et al.* Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 127-146, 1993. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311993000100007>.

BIEGER, J. *et al.* O Envelhecimento (como) expressão da Questão Social e algumas considerações pertinentes ao Exercício Profissional. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2013, Florianópolis, Santa Catarina. **Anais eletrônico** [...] Florianópolis: 2013.

BOBBIO, N. **O tempo da memória**: de senectute e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 jan. 1994.

_____. **Lei nº 702**. Dispõe de mecanismos para organização e implementação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 abr. 2002.

_____. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 de out. 2003.

_____. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. – (Série B. Textos Básico de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 46 p. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2018.

_____. **Decreto Nº 9.921, de 18 de julho de 2019**. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jul. 2019.

BRIGOLA, A. G. *et al.* Limited formal education is strongly associated with lower cognitive status, functional disability and frailty status in older adults. **Dement Neuropsychol**. v. 13, n. 2, p. 216-224, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-020011>.

BRODATY, H.; GREEN, A. Who cares for the carer? The often forgotten patient. **Australian Family Physician**, v. 31, n. 9, p. 833-6, 2002. Disponível em: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.380585105752890>. Acesso em: 27 jun. 2022.

CAMARANO, A. A. Vidas idosas importam, mesmo na pandemia. In: IPEA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, v. 1. Brasília: Ipea, 2021. 509 p.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 545-559, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150086>.

CANTU, P. A.; ANGEL, J. L. Demography of Living Arrangements Among Oldest-Old Mexican Americans: Evidence From the Hispanic Epidemiologic Study of the Elderly. **Revista de envelhecimento e saúde**, v. 29, n. 6, p. 1015-1038, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/0898264317727790>.

CARDOSO, S. M. M. *et al.* Cuidadores de idosos em estratégias de saúde da família: o estresse destes indivíduos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 49, n. 49, p. 3179-3179, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3179.2020>.

CECCON, R. F. *et al.* Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 17-26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020>.

CÔCO, B. *et al.* Fatores associados à dependência funcional em idosos restritos ao lar. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, v. 24, n. 2, p. 45-60, 2019. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/pt/biblio-1096117>. Acesso em: 29 jun. 2022.

COSTA, F. M.; NAKATA, P. T.; MORAIS, E. P. Strategies developed by community-dwelling elderly people to live alone. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 3 p. 818-825, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002730014>.

CRUZ, S. *et al.* Vulnerabilidade socioeconômica em cominidades rurais do município de Areia, Estado da Paraíba. **Scientia Plena**, v. 9, n. 5, p. 1-10, 2013. Disponível em: <https://scientiaplena.org.br/sp/article/view/1057>. Acesso em: 29 jun. 2022.

DADALTO, E. V.; CAVALCANTE, F. G. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 147-157, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.38482020>

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. Copenhagen: Institute for Futures Studies, 1991.

DE SOUSA, A. M. V.; MARQUETTE, F. R. Envelhecimento da população brasileira: avanço legislativo e o compromisso social. **Revista Univap**, v. 24, n. 45, p. 34-47, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v24i45.1996>.

DE SOUZA, A. C.; MELO, C. V. B. O mercado de trabalho brasileiro diante das perspectivas de envelhecimento da população. In: **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017. p. 19

DOS ANJOS, F. R. *et al.* Probabilidade de cair e medo de quedas após oficina de equilíbrio em idosos praticantes de atividade física. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 44, p. 5-10, 2015. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol13n44.2725>

DUARTE, C. A. B.; MOREIRA, L. E. Política Nacional de Saúde Da Pessoa Idosa: Integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 21, n. 1, p. 149-170, 2016. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.54631>

ESPÍRITO SANTO. **Lei nº 5780, de 21 de dezembro de 1998**. Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa e dá outras providências. Vitória, ES, 1999.

_____. **Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019**. Vitória, ES: 2016.

_____. **Lei nº 10873, de 10 de julho de 2018**. Altera a Lei nº 5.780, de 21 de dezembro de 1998, e a Lei nº 4.794, de 30 de julho de 1993. Vitória, ES, 2018.

_____. **Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023**. Vitória, ES: 2019.

FARIAS-ANTÚNEZ, S. *et al.* Disability related to basic and instrumental activities of daily living: a population-based study with elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 27, n. 2, p. 1-14, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200005>.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. 1, p. 13-33, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 57-63, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100009>.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 924-929, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600009>.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500024>.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 575-625.

GOMES, S. Políticas públicas de assistência social para idosos. In: SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado. **Políticas Públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios**. São Paulo: Fundação Padre Anchieta, p. 11-25, 2009.

GOMES, M. F. S.; PEREIRA, S. C. L.; ABREU, M. N. S. Fatores associados à autopercepção de saúde dos idosos usuários dos restaurantes populares de Belo

Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 4007-4019, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31072016>.

GONZAGA, C. B.; FERREIRA, G. N. Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração & Públicas-RIDAP**, v. 2, n. 1, p. 12-26, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>. Acesso em: 29 jun. 2022.

GRATAO, A. C. M. *et al.* Burden and the emotional distress in caregivers of Elderly individuals. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 304-312, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>.

HERM, A.; ANSON, J. O. N.; POULAIN, M. Living arrangements and marital status: a register-based study of survival of older adults in Belgium at the beginning of the 21st century. **Ageing & Society**, v. 36, n. 10, p. 2141-2162, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001002>.

HUO, M. *et al.* Support grandparents give to their adult grandchildren. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 73, n. 6, p. 1006-1015, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw208>.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

_____. **Censo demográfico e 2010**: resultado do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Projeção da População 2018**: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

_____. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. **Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 41, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

IKEGAMI, E. M. *et al.* Capacidade funcional e desempenho físico de idosos em habitação comunitária: estudo longitudinal. **Ciência e Saúde coletiva**. v. 25, n. 3, p. 1083-1090. 2020. DOI: [10.1590/1413-81232020253.18512018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.18512018).

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; ZAZZETTA, M. S. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 194-204, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>.

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing. **World health**, v. 50, n. 4, p. 4-5, 1997. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330616/WH-1997-Jul-Aug-p4-5-eng.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2022.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. C. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. **BIS: Boletim do Instituto de Saúde**, n. 47, p. 4-8, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1060360>. Acesso em: 29 jun. 2022.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201703>. Acesso em: 18 jun. 2022.

LEITE, M. T. *et al.* Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 481-492, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300009>.

LEMOS, N.; MEDEIROS S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI M. L. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Koogan; 2006. p. 892-897.

LLOYD-SHERLOCK, P. *et al.* Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. **The BMJ**, v. 368, n.1052, p. 1-2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1052>.

MAGALHÃES, S. M.; ROCHA, S. M. C. A vulnerabilidade da pessoa acentuada da pessoa idosa negra, no contexto atual da pandemia: uma herança escravista. In: SEMANA DE MOBILIZAÇÃO CIENTÍFICA, 23, 2020. **Anais eletrônico [...]**. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/2961>. Acesso em: 15 jun. 2022.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A. *et al.* A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 8, n. 2, p. 239-252, 2019. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252>

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

MORAGAS, R. M. Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida. In: MORAGAS, R. M. (Org). **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997. p. 283-283.

MOTA, G. M. P. **Arranjos familiares, apoio social e fragilidade em idosos da comunidade**. 2021. 124f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2021.

MUNIZ, E. A. *et al.* Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 172-182, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611013>.

NOGUEIRA, W. B. S.; MARTINS, C. D. O lazer na terceira idade e sua contribuição para uma melhor qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 5, n. 2, p. 1-20, 2017. Disponível em: <http://jornalold.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/228>. Acesso em: 29 jun. 2022.

OLIVEIRA, J. S. *et al.* Impact of caring for children and adolescents with cancer on the quality of life of caregivers. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 1-9, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.51589>

OLIVEIRA, N. A. *et al.* Stress and optimism of elderlies who are caregivers for elderlies and live with children. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 697-703, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0088>

OLIVEIRA, N. A. *et al.* Senior caregivers in different housing arrangements: comparison of health and care profiles. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. 1, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180225>

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, p. 161-170, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Resolução n. 46, de 16 de dezembro de 1991**. Direitos dos Idosos - Princípios das Nações Unidas para o Idoso. Assembleia Geral das Nações Unidas 16/12/1991. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoa-idosa/documentos/direitos-dos-idosos-principios-das-nacoes-unidas-para-o-idoso> >. Acesso em: 25 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Brasil lança estratégia para melhorar vida de idosos com base em recomendações da OMS**. OPAS, 3 de abril de 2018.

PALLONI, A.; AGUIRRE, G. P.; PELÁEZ, M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. **International journal of epidemiology**, v. 31, n. 4, p. 762-771, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/31.4.762>.

PAMPOLIM, G.; SOGAME, L. Estratégia Saúde da Família e a atenção à pessoa idosa. In: TIEPPO, A.; SOGAME, L. C. M.; COELHO, M. C. R. (Org.). **Desafios das políticas públicas na atenção à pessoa idosa**. Vitória: Editora Emescam, 2018. p. 111-126.

PAPALÉO, C. L. M. **Estimação de risco relativo e razão de prevalência com desfecho binário**. 2009. 143 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

PESSÔA, E. M. **Assistência Social ao Idoso enquanto direito de proteção social em municípios do Rio Grande do Sul**. 2010. 245 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PEZAVENTO, K.; RIBEIRO, F. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. In: PESQUISA EM PSICOLOGIA, Joaçaba, Santa Catarina, 2018. **Anais Eletrônicos** [...]: Joaçaba, p. 95-102, 2018.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. de F. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1230-1238, 2011. DOI: 10.1590/S0104-11692011000500022

PHILLIPSON, C. The Frailty of Old Age. In: DAVIES, M. (Ed.). **The Blackwell Companion to Social Work**. London: Blackwell, 2002.

PRATA, P. R. The epidemiologic transition in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 168-175, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000200008>.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. **Sociedade em Debate**, v. 15, n. 2, p. 111-125, 2009. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180416003318id_/http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/356/313. Acesso em: 29 jun. 2022.

QUEIROZ, R. S. *et al.* Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 205-214, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170170>

RAMOS, F. P. *et al.* Fatores associados à depressão em idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 19, n. 19, p. 239-239, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>.

RODRIGUES, W. P.; GONÇALVES, P. D. Envelhecimento: qualidade de vida e bem-estar das mulheres idosas. **Scire Salutis**, v. 9, n. 1, p. 30-36, 2019. DOI: <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2019.001.0004>

ROMERO, D. E. *et al.* Older adults in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil: effects on health, income and work. **Cadernos de saúde publica**, v. 37, n. 3, p. 1-16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>.

SALIVE, M. E. Multimorbidity in older adults. **Epidemiologic reviews**, v. 35, n. 1, p. 75-83, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1093/epirev/mxs009>

SANGLARD, C. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**: discutindo fatores socioeconômicos, hábitos de vida e vulnerabilidade de idosos de uma Estratégia Saúde da Família de Manhuaçu/MG. 2019. 64 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2019.

SANT'ANA, L. A. J.; D'ELBOUX, M. J. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 503-519, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912117>.

SANT'HELENA, D. P.; DA SILVA, P. C.; GONÇALVES, A. K. Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento. **Envelhecimento humano: Desafios Contemporâneos**, v. 1, n. 16, p. 204-218, 2020. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200901493.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2022.

SANTOS, V. P. *et al.* Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 3, p. 2322-2337, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.542>.

SANTOS-ORLANDI, A. A. *et al.* Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>.

SÃO JOSÉ, J. Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 1, n. 2, p. 123-150, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426539987008>. Acesso em: 18 jun. 2022.

SAÚDE do idoso. [201-]. Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/erro.php>. Acesso em: 24 fev. 2015.

SCHIMIDT, T. P. *et al.* Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, p. 1-12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241619>.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>.

SESA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **SESA lança programa de Atenção ao Idoso para os municípios**. 2008. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/sesa-lanca-programa-de-atencao-ao-idoso-para>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SESA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Cobertura da Atenção Primária aumenta no Estado**. 2020. Disponível em:

<https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/cobertura-da-atencao-primaria-aumenta-no-estado>. Acesso em: 22 maio 2022.

SILVA, M. S. A. **A família frente às limitações do idoso nas atividades mais complexas da vida diária**. 2020. 90 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória-ES, 2020.

SILVA, M. S. A.; SILVA, M. C. P.; SOGAME, L. C. M. Condições socioeconômicas e de saúde associados à funcionalidade familiar de idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022, no prelo.

SILVA, M. C. P. *et al.* Funcionalidade de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família de Vitória - ES: um projeto piloto. In: VI JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA, 6, 2018, Vitória. **Anais eletrônicos [...]**: Vitória – ES, 2018.

SILVA, R. S. *et al.* Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 2, p. 345-356, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1590>.

SILVEIRA, C. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 3, p. 234-240, 2013. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.005>

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400021>.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SONG, Y.; SÖRENSEN, S.; YAN, E. C. W. Apoio familiar e preparação para necessidades futuras de cuidados entre os baby boomers chineses urbanos. **The Journals of Gerontology**: Série, v. 73, n. 6, p. 1066-1076, 2018.

SOUSA, F. J. D. *et al.* Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 4, p. 824-831, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/178164>. Acesso em: 18 jun. 2022.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>.

SUZANA, R. G. *et al.* Fatores associados à funcionalidade familiar de idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Vitória–ES. **Estudos**

Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, v. 26, n. 1, p. 117-132, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.102314>.

TEIXEIRA, S. M. **Serviço Social e Envelhecimento**. Teresina: EDUFPI, 2020.

TORRES, M. M.; SÁ, M. A. Á. S. Inclusão Social de Idosos: um longo caminho a percorrer. **Revista Ciências Humanas**, v. 1, n. 2, p. 1-10, 2008. DOI: <https://doi.org/10.32813/2179-1120.2008.v1.n2.a203>.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

VANZELLA, E.; DO NASCIMENTO, J. A.; DOS SANTOS, S. R. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas hospitalizações. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65-73, 2017. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/view/3803>. Acesso em: 29 jun. 2022.

WATANABE, H. A. W. *et al.* **Rede de atenção à pessoa idosa**. São Paulo. São: Fundação Padre Anchieta, 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**. Geneva: WHO, 2010.

_____. **Envelhecimento e Saúde**. Geneva: WHO, 2015.

_____. **World Health Statistics 2021: Monitoring Health for the SDGs**. Geneva: World Health Organization, 2021.

ZHANG, W. **Manual de prevenção e controle da Covid-19 segundo o Doutor Wenhong Zhang**. São Paulo: PoloBooks, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TABELA DESCRITIVA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA USF DE VITÓRIA/ES

Tabela descritiva do perfil sociodemográfico e econômico de idosos assistidos por uma USF de Vitória/ES

Perfil sociodemográfico e econômico

n =230 %

Idade

Entre 60-79 anos	201 (87,5%)
80 anos ou mais	29 (12,5%)

Sexo

Masculino	90 (39%)
Feminino	140 (61%)

Etnia

Branco	49 (21,3%)
Pardo/Negro	169 (73,5%)
Indígena/Amarelo	12 (5,2%)

Escolaridade

Analfabeto	33 (14,5%)
Entre 1 e 8 anos	161 (70%)
9 anos ou mais	36 (15,5%)

Praticante religioso

Não	77 (33,5%)
Sim	150 (65%)
Não informado	1 (1,5%)

Aposentado

Não	84 (36,5%)
Sim	146 (63,5%)

Pensionista

Não	177 (77%)
Sim	50 (21,5%)
Não informado	3 (1,5%)

Trabalha

Não	167 (72,5 %)
Sim	60 (26%)
Não informado	3 (1,5%)

Renda Individual

Até 1 s.m.	121 (52,5%)
Entre 1.1 e 5 s.m.	106 (46%)
Não informado	3 (1,5%)

Renda Familiar

Até 1 s.m.	56 (24,5%)
Entre 1.1 e 3 s.m.	130 (56,5%)
Entre 3.1 e 5 s.m.	33 (14,5%)
Não informado	11 (4,5%)

Contribuição na renda familiar

Não	25 (11%)
Sim	193 (84%)
Não informado	12 (5%)

s.m. = salário mínimo

Fonte: Elaborada pela autora

APÊNDICE B – TABELA DESCRITIVA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA USF DE VITÓRIA-ES

Tabela descritiva das condições de saúde e hábitos de vida de idosos assistidos por uma USF de Vitória/ES

Condições de saúde e hábitos de vida	n =230 %
Doenças crônicas	
Não	23 (10%)
Sim	162 (90%)
Multimorbidades	
Não	80 (35%)
Sim	150 (65%)
Está em tratamento	
Não	36 (15,5%)
Sim	191 (83%)
Não informado	3 (1,5%)
Quedas	
Não	95 (41,5%)
Sim	102 (58%)
Não informado	1 (0,5%)
Internação hospitalar prévia	
Não	72 (31%)
Sim	156 (68%)
Não informado	2 (1%)
Fuma	
Não	200 (87%)
Sim	29 (12,5%)
Não informado	1 (0,5%)
Bebe	
Não	181 (78,5%)
Sim	48 (21%)
Não informado	1 (0,5%)
Atividade física	
Não	156 (68%)
Sim	73 (31,5%)
Não informado	1 (0,5%)
Atividade de lazer	
Não	88 (38,5%)
Sim	142 (61,5%)

Auto avaliação de saúde

Ótima/boa	125 (54,5%)
Razoável	82 (35,5%)
Ruim/péssima	19 (8,3%)
Não informado	4 (1,7%)

Polifarmácia

Não	144 (62,5%)
Sim	86 (37,5%)

Capacidade funcional

Normal	170 (74%)
Alterada	49 (21,5%)
Não avaliada	11 (4,5%)

Fonte: Elaborada pela autora

APÊNDICE C – TABELA DESCRITIVA DO ARRANJO FAMILIAR DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA USF DE VITÓRIA-ES

Tabela descritiva do arranjo familiar de idosos assistidos por uma USF de Vitória/ES

Arranjo Familiar	n =230	%
Companheiro		
Não	114	(49,5%)
Sim	116	(50,5%)
Filhos		
Não	17	(7,5%)
Sim	213	(92,5%)
Quantidade de Filhos		
Nenhum	17	(7,5%)
Entre 1 e 3	90	(39%)
Entre 4 e 6	92	(40%)
7 ou mais	31	(13,5%)
Mora sozinho		
Não	165	(71,5%)
Sim	65	(28,5%)
Quantidade de moradores		
Entre 1 e 2	128	(55,5%)
Entre 3 e 4	76	(33%)
5 ou mais	26	(11,5%)
Residência multigeracional		
Não	102	(44,3%)
Sim	124	(54%)
Não informado	4	(1,7%)
Tem apoio		
Não	18	(8%)
Sim	208	(90,3%)
Não informado	4	(1,7%)
Sai sozinho		
Não	48	(21%)
Sim	181	(78,5%)
Não informado	1	(0,5%)

Fonte: Elaborada pela autora

APÊNDICE D - TABELA DESCRITIVA DO PERFIL DOS CUIDADORES DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA USF DE VITÓRIA-ES

Tabela descritiva do perfil dos cuidadores de idosos assistidos por uma USF de Vitória/ES

Perfil dos cuidadores	n =50	%
Tipo de cuidador		
Familiar	46	(92%)
Profissional	1	(2%)
Não informado	3	(6%)
Idade		
Até 39 anos	10	(20%)
40 anos ou mais	35	(70%)
Não informado	5	(10%)
Sexo		
Masculino	17	(34%)
Feminino	27	(54%)
Não informado	6	(12%)
Estado Civil		
Casado	22	(44%)
Solteiro	13	(26%)
Viúvo	2	(4%)
Divorciado	7	(14%)
Não informado	6	(12%)
Escolaridade		
Até 8 anos de estudo	25	(50%)
9 anos ou mais	17	(34%)
Não informado	8	(16%)
Possui capacitação como cuidador		
Não	38	(76%)
Sim	3	(6%)
Não informado	9	(18%)
Tempo atuando como cuidador		
Até 4 anos	18	(36%)
5 anos ou mais	24	(48%)
Não informado	8	(16%)
Vínculo com o idoso		
Filha/filho	23	(46%)
Companheiro(a)	16	(32%)
Outro	5	(10%)

Não informado
Fonte: Elaborada pela autora

6 (12%)

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - IDOSO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - IDOSO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Condições de saúde e funcionalidade de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Vitória -ES”. O projeto será executado pela pesquisadora principal e por alunos de iniciação científica e pós-graduação. O objetivo geral deste estudo é analisar as ações de promoção à saúde e as condições de saúde e funcionalidade de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Vitória – ES.

A participação do Sr (a) consiste em responder algumas perguntas tais como: idade, situação conjugal, escolaridade entre outras, além de ser submetido a uma avaliação com instrumentos validados, sem a utilização de nenhum tipo de método invasivo (agulhas, cateteres, entre outros) ou medicamentos.

O (a) Sr (a) não é obrigado a participar, podendo vir a desistir a qualquer momento, sem se justificar ou se preocupar que isso venha trazer algum prejuízo para sua relação com os pesquisadores ou com o serviço de saúde. As informações obtidas serão utilizadas para fins científicos, apresentação em eventos e/ou publicação em periódicos e/ou livro, e em hipótese alguma o seu nome será divulgado.

A sua participação não acarretará risco para sua saúde, porém, há o risco de pequenos desconfortos em razão da avaliação a qual o Sr (a) será submetido, e para minimizá-lo nossos pesquisadores foram previamente treinados para realizá-la da forma mais eficaz e rápida possível, visando o seu conforto.

Quanto aos benefícios envolvidos, além de contribuir para o crescimento da comunidade científica, a sua participação poderá ajudar no planejamento de ações e na constante melhora da qualidade da assistência prestada pela equipe da Estratégia de Saúde da Família. Vale ressaltar, que caso seja identificado algum problema de saúde, dentro da avaliação proposta, o Sr (a) será orientado, e quando necessário, encaminhado para acompanhamento pela equipe de saúde responsável pelo seu território.

Eu _____, portador do RG _____ declaro ter sido informado e orientado quanto ao teor da pesquisa acima descrita. Estou ciente sobre o objetivo da pesquisa e que não há nenhum valor econômico envolvido, a pagar ou receber, pela minha participação. Portanto, manifesto o meu livre consentimento em participar como voluntário do projeto de pesquisa aqui mencionado.

Este documento será assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura Pesquisador Responsável

Vitória, ____ / ____ /20____

Em caso de dúvidas ou maiores informações o Sr (a) pode entrar em contato com:

Pesquisadora responsável: Gracielle Pampolim

E-mail: gracielle.pampolim@emescam.br / Celular: (27) 99713-5398

Endereço: Coord. Fisioterapia, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória – ES, 29045-402.

Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP EMESCAM

E-mail: comite.etica@emescam.br / Telefone: (27) 3334-3586

Endereço: Prédio da Farmácia, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória – ES, 29045-402.

Funcionamento: 2º a 6º feira das 07:00 às 16:00.

ANEXO B – FICHA DE AVALIAÇÃO DO IDOSO

FICHA DE COLETA DE DADOS	
Características Sociodemográficas e econômicas	
Idoso: _____	
US: _____	Equipe: _____ MA: _____
Família: _____	
Idade: _____	Sexo: 1.Masculino 2. Feminino Etnia: 1.Branco 2.Pardo 3.Negro 4.Indígena 5.Amarelo
Estado Civil: 1.Casado 2.Solteiro 3.Viúvo 4.Outro _____	Filhos: 0.Não 1.Sim Quantos? _____
Escolaridade: 0.Analfabeto 1.Primário 2.Fundamental 3.Médio 4.Técnico 5.Superior	Em Anos: _____
Religião: 1.Católico 2.Evangélico 3.Outro _____	Praticante? 0.Não 1. Sim
Aposentado: 0.Não 1.Sim Pensionista: 0.Não 1.Sim Trabalha: 0.Não 1.Sim	Profissão: _____
Mora sozinho: 0.Não 1.Sim Qtd. Moradores: 1 2 3 4 5 6. > 5	Resid. Multigeracional: 0. Não 1. Sim
Contribui na renda Familiar: 0.Não 1.Sim Sai de casa sozinho? 0.Não 1.Sim	
Caso não, porquê? _____	
Caso sim, frequência? 1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana 4. Apenas final de semana.	
Características do Cuidador	
Possui Cuidador: 0.Não 1.Sim	Quem? 1. Familiar 2.Profissional 3.Amigo
Idade: _____	Sexo: 1.Masculino 2. Feminino Estado Civil: 1.Casado 2.Solteiro 3.Viúvo 4.Outro
Escolaridade: 0.Analfabeto 1.Primário 2.Fundamental 3.Médio 4.Técnico 5.Superior	Em Anos: _____
Possui Capacitação Profissional como Cuidador: 0.Não 1.Sim	
Tempo atuando como cuidador: 1. < 1 ano 2.Entre 1,1 e 3 anos 3.Entre 3,1 e 5 anos 4. > 5,1 anos	
No caso de Cuidador Familiar: 1.Filha 2.Filho 3.Nora 4.Esposa 5.Marido 6.Outro _____	

Histórico de Saúde e Hábitos de Vida

Doenças Crônicas: 0.Não 1.Sim **Quais?** 1. HAS 2. Diabetes 3.Artrite/artrose
4.Osteoporose

5.Outras _____ **Quantidade?**

Em tratamento? 0.Não 1.Sim **Com que frequência o Sr. (a) vai ao médico?**

Faz uso diário de quantos medicamentos? 0. Nenhum 1. Apenas 1 2. Entre 2 e 4 3. Acima de 5

Medicamentos **em**
Uso: _____

Quedas nos últimos 12 meses: 0.Não 1.Sim **Quantas vezes?** _____ **A última foi há...**

Internação Hospitalar nos últimos 12 meses: 0.Não 1.Sim **Quantas vezes?** _____ **A última foi há...** _____

Fuma: 0.Não 1.Sim **Frequência:** 0. Nunca fumou 1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana
4. Diariamente

Bebe: 0.Não 1.Sim **Frequência:** 0. Nunca fumou 1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana
4. Diariamente

Atividades de Lazer: 0.Não 1.Sim **Frequência:** 1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x
semana

Qual (is)? _____

Participa de alguma atividade desenvolvida na USF?

0. Não Porquê? _____

1. Sim. Qual (is)? _____

Como o Sr. (a) avalia sua saúde? 1.Muito boa 2. Boa 3. Razoável 4. Ruim 5. Muito ruim

ANEXO C – AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – WHODAS

DOMÍNIO COGNITIVO					
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
1. Concentrar-se para fazer alguma coisa durante 10 min?	1	2	3	4	5
2. Lembrar-se de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
3. Analisar e encontrar soluções para problemas do dia a dia?	1	2	3	4	5
4. Aprender uma nova tarefa, por ex., como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
5. Compreender de forma geral o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
6. Começar e manter uma conversa?	1	2	3	4	5

MOBILIDADE					
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
7. Ficar em pé por longos períodos como 30 min?	1	2	3	4	5
8. Levantar-se a partir da posição sentada?	1	2	3	4	5
9. Movimentar-se dentro da sua casa?	1	2	3	4	5
10. Sair da sua casa?	1	2	3	4	5
11. Andar por longas distâncias? (como por 1km)	1	2	3	4	5

AUTO-CUIDADO					
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
12. Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
13. Vestir-se?	1	2	3	4	5
14. Comer?	1	2	3	4	5
15. Ficar sozinho sem ajuda de outras pessoas por uns dias?	1	2	3	4	5

RELAÇÕES INTERPESSOAIS					
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
16. Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
17. Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
18. Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?	1	2	3	4	5
19. Fazer novas amizades?	1	2	3	4	5
20. Ter atividades sexuais?	1	2	3	4	5

ATIVIDADES DE VIDA (DOMÉSTICAS)					
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
21. Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
22. Fazer bem as suas tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
23. Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?	1	2	3	4	5
24. Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária?	1	2	3	4	5

PARTICIPAÇÃO					
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
25. Quanta dificuldade você teve ao participar de atividades comunitárias (festividades, atividades religiosas, ou outras atividades) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
26. Quanta dificuldade você teve por cause de barreiras ou obstáculos do mundo a sua volta?	1	2	3	4	5
27. Quanta dificuldade você teve para viver com dignidade por causa da atitude e ações de outros?	1	2	3	4	5
28. Quanto tempo você gastou com a sua condição de saúde ou consequências?	1	2	3	4	5
29. Quanto você tem sido emocionalmente afetado por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
30. Quanto a sua saúde tem prejudicado financeiramente você e sua família?	1	2	3	4	5
31. Quanta dificuldade sua família teve por conta da sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
32. Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas por si mesmo para relaxamento ou lazer?	1	2	3	4	5

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de saúde e funcionalidade de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Vitória-ES

Pesquisador: Gracielle Pampolim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68751317.2.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.142.377

Apresentação do Projeto:

Introdução:

O envelhecimento populacional é um fenômeno que tem tomado proporções mundiais, e como tal requer um olhar atento de todas as esferas governamentais.

Objetivos:

Analisar as ações de promoção à saúde e as condições de saúde e funcionalidade de idosos assistidos pela estratégia saúde da família no município de Vitória-ES.

Método: Estudo observacional, transversal de abordagem quali-quantitativa que será realizado com idosos e profissionais da Estratégia Saúde da Família, no município de Vitória-ES. Os profissionais serão inquiridos quanto a características sócio-demográficas e as ações de promoção a saúde dos idosos realizada nas Unidades de Saúde da Família. Já com os idosos serão coletadas informações quanto ao perfil sócio-demográfico, de saúde e funcional através de questionário próprio e instrumentos de avaliação específicos. Os dados serão analisados de forma descritiva e inferencial, e este estudo possui financiamento próprio passível de colaboração com bolsas de iniciação científica.

Riscos: Este estudo apresenta risco mínimo para os sujeitos da pesquisa, riscos estes que serão minimizados através do treinamento prévio dos pesquisadores e do compromisso da pesquisadora

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.efica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.142.377

principal com a não identificação nominal dos idosos ou profissionais.

Benefícios: Ao se conhecer quem são e qual a realidade funcional e de saúde dos idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família será possível propor estratégias de assistência e prevenção de comorbidades advindas com o processo e envelhecimento, e, dessa forma, auxiliar na promoção do envelhecimento saudável, favorecendo a essa população um bem-estar, físico, psíquico e social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as ações de promoção à saúde e as condições de saúde e funcionalidade de idosos assistidos pela estratégia saúde da família no município de Vitória-ES.

Objetivo Secundário:

- a) Caracterizar o perfil dos profissionais da estratégia saúde da família que realizam ações de promoção à saúde dos idosos, considerando os aspectos sócio demográficos e profissionais.
- b) Descrever as características das ações de promoção à saúde da população idosa realizadas pelos profissionais da estratégia saúde da família.
- c) Caracterizar o perfil de idosos assistidos pela estratégia saúde da família considerando os aspectos sócio demográficos e clínicos.
- d) Identificar o índice de vulnerabilidade clínico funcional de idosos assistidos pela estratégia saúde da família.
- e) Verificar o nível cognitivo de idosos assistidos pela estratégia saúde da família.
- f) Classificar a funcionalidade de idosos assistidos pela estratégia saúde da família.
- g) Identificar o risco de quedas nos idosos assistidos pela estratégia saúde da família.
- h) Classificar a qualidade de vida em idosos assistidos pela estratégia saúde da família.
- i) Verificar a prevalência de depressão em idosos assistidos pela estratégia saúde da família.
- j) Relacionar as condições sociodemográficas, de saúde e ambientais com a funcionalidade de idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Vitória-ES.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos relata na PB:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
 Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITÓRIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.142.377

*A presente pesquisa trata-se de um estudo observacional, portanto não haverá realização de qualquer procedimento invasivo ou administração de medicamentos de qualquer espécie. Dessa forma entende-se que tal estudo apresenta riscos mínimos para os indivíduos, que se evidenciam na possibilidade de incômodo e/ou desconforto ao responder às entrevistas ou ao passarem pelas avaliações.

Para que estes riscos sejam amenizados as entrevistas serão realizadas em data e horário pré-agendado e conveniente para o entrevistado, e quanto às avaliações, os instrumentos utilizados reproduzem e/ou inquerem sobre atividades do dia-a-dia e/ou condições psicossociais, não configurando, portanto, estresse adicional aos idosos. Todos os pesquisadores envolvidos serão previamente treinados e calibrados para que todo o processo de entrevista e avaliação seja feita de forma rápida e dinâmica.

Ressaltamos ainda que após as avaliações, se detectado a necessidade, as equipes de saúde serão informadas e os idosos imediatamente encaminhados às Unidades de Saúde para acompanhamento. Outro risco em potencial neste estudo é a identificação de seus participantes, que será nulificado através do comprometimento dos pesquisadores com o absoluto anonimato dos envolvidos*.

E benefícios:

* Os benefícios esperados ao término deste estudo consistem no maior domínio acerca do tema abordado, conhecendo quais são as ações de promoção à saúde realizadas pelas equipes da saúde da família e quais são os profissionais que as realizam. Além disso, ao se conhecer quem são e qual a realidade funcional e de saúde dos idosos assistidos pela ESF será possível propor estratégias de assistência e prevenção de comorbidades advindas com o processo e envelhecimento, e, dessa forma, auxiliar na promoção do envelhecimento saudável, favorecendo a essa população um bem-estar, físico, psíquico e social.

Ressalta-se ainda que o banco de dados estará à disposição da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória para acesso pelos gestores e profissionais da atenção básica.

Destacamos o intento das pesquisadoras na divulgação dos resultados nos principais eventos científicos da área (locais, nacionais e internacionais) e periódicos científicos, para disseminação do conhecimento adquirido e contribuição para com a comunidade científica*.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**



Continuação do Parecer: 2.142.377

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto relevante, porém com execução de alta complexidade, necessitando de uma equipe com vários participantes. Entretanto, por se tratar de uma proposta para tese de doutoramento, com participantes de estudantes de graduação de iniciação científica e pósgraduandos - com um prazo amplo para realização - o torna factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados de forma adequada, segundo Resolução 466/2012 do CNS/MS.

Recomendações:

Pela relevância do projeto de pesquisa recomendo pela aprovação pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:


Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_910700.pdf	24/05/2017 11:52:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Graci_Idosos.docx	24/05/2017 11:50:56	Gracielle Pampolim	Aceito
Outros	Anuencia_ETSUS.pdf	23/05/2017 16:16:07	Gracielle Pampolim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais.docx	23/05/2017 16:15:45	Gracielle Pampolim	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - 

Continuação do Parecer: 2.142.377

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Idosos.docx	23/05/2017 16:15:36	Gracielle Pampolim	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/05/2017 16:15:05	Gracielle Pampolim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 27 de Junho de 2017

Assinado por:
PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av. N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3588 **Fax:** (27)3334-3588 **E-mail:** comite.etica@emescam.br