ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

MARCELA SANTANA DE OLIVEIRA

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA: DISCUTINDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL DE IDOSOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL DE PRESIDENTE KENNEDY-ES

VITÓRIA-ES
2022

MARCELA SANTANA DE OLIVEIRA

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA: DISCUTINDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL DE IDOSOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL DE PRESIDENTE KENNEDY-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 a obtenção do Grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profª. Drª. Luciana Carrupt Machado Sogame

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

O48e

Oliveira, Marcela Santana de
Estratégia de saúde da família no cuidado da população idosa : discutindo o perfil sociodemográfico e condições de saúde geral de idosos de uma Unidade Básica de Saúde Rural de Presidente Kennedy – ES / Marcela Santana de Oliveira. - 2022.
81 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado.

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

1. Idosos – cuidado e tratamento. 2. Unidade de Saúde – Presidente Kennedy (ES). 3. Idosos – Presidente Kennedy (ES). I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 305.2698152

MARCELA SANTANA DE OLIVEIRA

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA: DISCUTINDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL DE IDOSOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL DE PRESIDENTE KENNEDY-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.

Aprovada em 15 de setembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Luciana Carrupt Machado Sogame
(Orientadora - Programa em Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia)

_____

Profª. Drª. Italla Pinheiro Ribeiro
(Membro interno - Programa em Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia)

_____

Profª. Drº Renato Almeida de Andrade
(Membro externo – Universidade Federal do Espírito Santo/UFES**)**

Dedico este trabalho especialmente a Deus, por me conceder saúde e vida até aqui.

Ao meu esposo, companheiro de todas as horas, que contribuiu decisivamente para que esta dissertação pudesse ser concluída com sua ajuda na criação do nosso filho, e principalmente incentivo diário.

A minha filha amada por todas as contribuições nos estudos, amor e carinho comigo, me proporcionando momentos de alegria.

Dedico também aos meus professores por todo o aprendizado através da educação fornecida, que me ensinaram tanto nesses anos.

Também dedico aos idosos e seus familiares da Comunidade de Santo Eduardo – Presidente Kemmedy/ ES, por serem para mim um exemplo de superação a cada dia e pelo carinho que sempre tiverem comigo, oportunizando a realização desse trabalho.

Agradeço, primeiramente a Deus, por seu grande amor em atender minhas orações diárias e me fonecer estímulo e saúde necessária para eu estar viva e podendo participar dessa realização pessoal, que é a finalização do meu trabalho.

Ao meu esposo pela companhia e auxílio durante tantas horas de estudos, sua compreensão, carinho, amor e dedicação nos cuidados com nosso filho foram incansáveis, pois sempre acreditou em mim, me incentivando em cada momento dessa trajetória.

A minha mãe pelo apoio em cada momento difícil da minha vida e principalmnete para a elaboração desse estudo.

A toda equipe do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, por todos os esclarecimentos e orientações fornecidas sempre com muito carinho.

À comunidade de Santo Eduardo, especialmente aos idosos e seus familiares por permitirem a coleta dos dados pessoais referentes as suas vidas e o auxílio de toda equipe da ESF para a realização de um trabalho mais fidedigno e enriquecedor.

A minha filha amada pelas contribuições com os seus conhecimentos na posição de acadêmica, me ajudando a enriquecer o meu trabalho e por sempre manter toda a paciência comigo, tornando nossas madrugadas de estudos mais prazerosas e produtivas.

E por fim, um agradecimento especial a minha orientadora, Profª. Drª. Luciana Carrupt Machado Sogame, que me acompanhou por todas as orientações eficientes, valiosas sugestões e críticas para a valorização do trabalho. Sua ajuda foi determinante para o resultado final alcançado e por toda a transformação gerada em mim, tanto pessoal como profissional, onde me ajudou também a ter novos comportamentos que produziram novos resultados na minha vida para facilitar o aprendizado, também me inspirou com sua força de vontade, me mostrou que é possível crescer e aprender cada dia mais enquanto profissional. Minha eterna gratidão!

RESUMO

Em consequência da mudança demográfica com consequente envelhecimento populacional, faz-se necessário novos tratamentos e cuidados, considerando o envelhecimento um processo natural da vida. Objetivou-se descrever o papel da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no cuidado do idoso no contexto do perfil sociodemográfico e as condições de saúde geral dos idosos de uma UBS rural no município de Presidente Kennedy (PK). Realizou-se um estudo transversal com coleta retrospectiva de informações, contidas no sistema de informação Magnus Vieira – Sistema Integrado de Gestão de Serviços, que permitiu acesso às informações da ficha A dos idosos assistidos por uma UBS de PK no Espírito Santo. Coletou-se as informações quanto ao perfil socioeconômico e quanto às condições gerais de saúde dos idosos. Entre as ações realizadas na UBS analisada destacou-se: Promoção, prevenção e tratamento relacionadas a saúde da mulher e da pessoa idosa, saúde mental, prevenção ao câncer e ao tabaco, pilates, hiperdia vacinação, curativos, inalações de medicações, coleta de exames laboratoriais; tratamentos: odontológico, psicológico, nutricional, fisioterápico e fonoaudiólógico. Quanto às doenças verificou-se a existência de hipertensão arterial (HAS), diabetes, acidente vascular cerebral/derrame (AVC), doença cardíaca/do coração, hanseníase, tuberculose (TB) e existência de deficiência. Realizou-se análise descritiva dos dados. Selecionou-se 80 idosos (>60anos) a maioria era do sexo feminino (52,5%), brancos (51,2%), responsáveis familiares (71,7%), aposentados (69,2%), cursaram o ensino fundamental (44,8%), não possuem cuidadores (100%), e participam de grupos comunitários (51,2%), não possuem plano privado de saúde (92,3%). Quanto às condições gerais de saúde, a maioria não são tabagistas (92,3%), não etilistas (97,4%), tem HAS (60,2%), poucos são diabéticos (26,9%), alguns já tiveram AVC (8,9%), têm doenças cardíacas (6,4%) e nenhum paciente relatou ter hanseníase, TB ou deficiência física. Conclui-se que a maioria dos idosos são independentes, pois não possuem cuidadores e não apresentam deficiência física, o que permite mais autonomia e um envelhecimento com dignidade.

Palavras-chave: Idoso. Perfil. Estratégia de Saúde da Família. Política de saúde.

ABSTRACT

As a result of demographic change with consequent population aging, new treatments and care are needed, considering aging a natural process of life. The objective was to describe the role of the Family Health Strategy (ESF) in the care of the elderly in the context of the sociodemographic profile and the general health conditions of the elderly in a rural UBS in the municipality of Presidente Kennedy (PK). A cross-sectional study was carried out with retrospective collection of information, contained in the Magnus Vieira information system – Integrated Service Management System, which allowed access to information on file A of the elderly assisted by a PK UBS in Espírito Santo. Information was collected regarding the socioeconomic profile and general health conditions of the elderly. Among the actions carried out at the analyzed UBS, the following stand out: Promotion, prevention and treatment related to the health of women, and the elderly, mental health, cancer and tobacco prevention, pilates, hyperdia, vaccination, dressings, medication inhalation, collection of laboratory tests; treatments: dental, psychological, nutritional, physical therapy and speech therapy. As for the diseases, it was verified the existence of arterial hypertension (SAH), diabetes, cerebrovascular accident/stroke (CVA), heart/heart disease, leprosy, tuberculosis (TB) and the existence of a disability. Descriptive data analysis was performed. Eighty elderly people (>60 years) were selected, most were female (52.5%), white (51.2%), family heads (71.7%), retired (69.2%), attended the fundamental (44.8%), do not have caregivers (100%), and participate in community groups (51.2%), do not have a private health plan (92.3%). As for general health conditions, most are non-smokers (92.3%), non-alcoholics (97.4%), have SAH (60.2%), few are diabetics (26.9%), some have had stroke (8.9%), have heart disease (6.4%) and no patient reported having leprosy, TB or physical disability. It is concluded that the majority of the elderly are independent, as they do not have caregivers and do not have physical disabilities, which allows for more autonomy and aging with dignity.

Keywords: Elderly. Profile. Family Health Strategy. Health policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Evolução da Pirâmide de Faixa Etária (Brasil) 29
Figura 2 - Evolução da Pirâmide de Faixa Etária (Espírito Santo) 35
Figura 3 - Evolução da Pirâmide de Faixa Etária (2000 a 2010) (Município de Presidente Kennedy) 36
Figura 4 - Modelo Multidimensional da Saúde do Idoso 39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Dados Gerais de Transição Demográfica no Brasil.....27
Tabela 2 - Distribuição das pessoas com 60 anos ou mais por sexo, situação familiar e raça, por grandes regiões do Brasil – 2018.....31
Tabela 3 - Dados Gerais de Transição Demográfica no Espírito Santo, no período de1960 a 2060 35
Tabela 4 - Características referentes ao perfil socioeconômico dos idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Presidente Kennedy no ano de 2022 51
Tabela 5 - Características referentes às condições gerais de saúde dos idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Presidente Kennedy no ano de 2022 55

LISTA DE SIGLAS

ACC	Agente Comunitário de Saúde
ACCs	Agentes Comunitários de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
EPIS	Equipamentos de proteção individuais
ESF	Estratégia e Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Mobral	Movimento brasileiro de alfabetização e letramento
MV-SIGSS	Magnus Vieira – Sistema Integrado de Gestão de Serviços
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROEAS	Programa de Envelhecimento Ativo na Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 METODOLOGIA 18
2.1 TIPO DE ESTUDO 18
2.2 LOCAL DO ESTUDO 18
2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA 19
2.3.1 Critérios de inclusão e exclusão 19
2.4 MÉTODO/PROTOCOLO 19
2.4.1 Perfil sociodemográfico 19
2.4.2 Condições gerais de saúde 20
2.5 COMITÊ DE ÉTICA 20
2.6 MÉTODOS ESTATÍSTICOS 20

3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL: DISCUTINDO POLÍTICAS PÚBLICAS NAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL 22

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA 22

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS À PROMOÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO BRASIL 37

4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO AO IDOSO: DISCUTINDO O CASO DE UMA USF DE PRESENTE KENNEDY-ES 44

4.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEITO E PROCESSO HISTÓRICO DA SUA CONSTRUÇÃO 44

4.2 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO COM A DISCUSSÃO 48

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 58

REFERÊNCIAS 63

APÊNDICES 71

APÊNDICE I - FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAIS 72

ANEXOS 74

ANEXO I – FICHA A – CADASTRO INDIVIDUAL 75

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 77

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional ocorre de forma globalizada e se constitui de um fenômeno sem precedentes na história da humanidade (OMS, 2008). À medida que as sociedades envelhecem, novos problemas de saúde surgem, desafiando os sistemas de saúde público e privado dos países (BARBOSA; CONCONE, 2016).

Neste sentido, podemos afirmar que a transição demográfica, isto é, a alteração na estrutura etária que provoca o envelhecimento populacional, é um acontecimento mundial (NASCIMENTO; DIÓGENES, 2020).

Diversas são as causas do envelhecimento, mas pode-se citar como os de maior impacto os avanços na tecnologia médica e na saúde pública, que diminuíram as taxas de mortalidade, ao mesmo tempo em que possibilitaram uma maior qualidade de vida, aumentando a longevidade, fazendo com que a pirâmide etária, que tinha os jovens em sua base, fosse invertida, progressivamente, ocupando os idosos este lugar (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Assim, o envelhecimento populacional consiste, ao mesmo tempo, em um grande triunfo e um enorme desafio a ser enfrentando pela sociedade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Deve-se citar, além disso, que por conta das características particulares de cada país, como os fatores socioeconômicos, têm-se ritmos diferentes de envelhecimento entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento (NASCIMENTO; DIÓGENES, 2020).

Quando a atenção é voltada para o Brasil, nota-se que a principal característica do crescimento da população idosa brasileira é, sem dúvida, a velocidade desse crescimento. Para ilustrar esse aspecto, vale dizer que, o grupo com 60 anos ou mais foi o que proporcionalmente mais cresceu na última década (IBGE, 2020).

Além disso, de acordo com as projeções estatísticas realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil terá, em 2030, em termos absolutos, a quinta maior população de idosos do mundo (JORNAL DA USP, 2018).

A mudança da composição etária da população brasileira ao longo das últimas décadas tem sua origem no avanço das tecnologias, na valorização da atenção primária à saúde, bem como no incremento de políticas públicas direcionadas aos idosos, contribuindo para que os sujeitos envelheçam com mais saúde e alcancem idades cada vez mais avançadas (BARBOSA; CONCONE, 2016).

De acordo com Diniz (2021), o Brasil foi um dos países de maior crescimento populacional do mundo, saltando de 3,4 milhões de habitantes em 1800 (0,35% da população global) para cerca de 213 milhões em 2021 (2,7% da população global). Em outras palavras, a população brasileira cresceu 62 vezes entre 1800 e 2021.

Para fins de esclarecimento, a realidade da população idosa de Presidente Kennedy não difere da realidade capixaba, seguindo a tendência ascendente nas últimas décadas, tal como nos mostra a pesquisa realizada por Keila Machado (2021).

De acordo com Machado (2021), é possível perceber que, Presidente Kennedy teve um considerável aumento no índice de envelhecimento da população entre 2000 a 2019, passando de 29,95 para 68,04 em 19 anos. Esses valores são muito semelhantes ao do Espírito Santo que, em 2000, apresentou valor de 27,28 e em 2019 passou a ser de 67,36 (MACHADO, 2021).

Diante do crescente envelhecimento populacional brasileiro, e respeitando os direitos previstos na Constituição, novos marcos legais foram conquistados nas últimas décadas no que tange ao resguardo dos direito da população idosa. Em 1994 tem-se a promulgação da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e, quase uma década depois, em 2003, foi promulgado e sancionado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. Dentre outros direitos, essa Lei assegura a atenção integral à saúde do idoso em todos os níveis de atenção, por mediação do SUS (BRASIL, 2010).

Em 2006 tem-se a atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a qual traz para o cerne das discussões a situação de saúde do longevo, a condição funcional, tema indispensável para a elaboração de políticas de saúde para

o idoso.

Baseado no contexto dessa política pública, o Ministério da Saúde desenvolveu, como ações estratégicas, a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, com a disponibilização do Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, bem como fomentar a promoção cursos de aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, dentre outros.

Ainda de acordo com a PNSPI, foi definido que o cuidado à saúde do idoso teria a Atenção Básica/Saúde da Família como porta de entrada para o sistema de saúde, tendo a rede de serviço especializada de média e alta complexidade como referência. De acordo com suas diretrizes, a Atenção Básica deve ter mecanismos de promover a melhoria da qualidade e aumento da resolubilidade da atenção à pessoa idosa (BRASIL, 2006, 2010).

Entretanto, mesmo com os marcos legais, a garantia efetiva de acesso a serviços de saúde de qualidade para a população idosa apresenta-se como um novo desafio para o planejamento da atenção à saúde (LIMA; BARBOSA, 2019).

De acordo com Lima e Barbosa (2019), o conhecimento das necessidades da terceira idade, principalmente na comunidade, assim como dos fatores que determinam o uso de serviços de saúde e as condições sociais, são importantes para subsidiar o planejamento da atenção à saúde a essa faixa etária.

Para Bezerra e Santos (2020), traçar esse perfil é componente essencial para se ter conhecimento das características sociais, demográficas e de saúde específicas da população idosa. Isto se dá devido a esse perfil ser de grande utilidade para a saúde pública, pois possibilita que o planejamento específico das ações voltadas para a terceira idade seja realizado por meio de dados reais e específicos, visando a saúde integral do idoso.

A questão da vulnerabilidade é outro ponto que merece destaque quando se analisa a população idosa. Rodrigues e Neri (2012) afirmam que, a prevalência de insuficiência funcional, de *deficit* cognitivo, de doenças crônicas e de sintomas depressivos são maiores entre a população com alta faixa etária, principalmente

entre mulheres e idosos com nível mais baixo de renda e de escolaridade.
Além do risco de vulnerabilidade associado às pessoas idosas, pode-se também observar um isolamento social, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a reconhecer o apoio social em forma de rede como importante fator na prevenção da exclusão social e medida necessária para promover o envelhecimento saudável (SOUSA *et al.,* 2018; TEIXEIRA, 2020).

Em outras palavras, tem-se que o apoio social, tanto formal quanto informal e a maneira como o idoso percebe a própria saúde apresentam-se como recursos protetores que facilitam a adaptação dos idosos às perdas associadas ao envelhecimento (BARBOSA; OLIVEIRA; FERNANDES, 2019).

Sobre o apoio formal presente na atenção básica, os enfermeiros podem buscar e acompanhar os recursos utilizados pelos idosos como suportes que propiciem um envelhecimento com qualidade. Para que a rede de suporte social exista e funcione adequadamente, a comunidade deve ser preparada para a tarefa de cuidar dos idosos (SANTOS *et al.*, 2018).

De acordo com o Planejamento Estratégico para os anos de 2018-2035, estabelecido pela Prefeitura de Presidente Kennedy, tem-se o seguinte cenário atual: no que tange a rede de suporte de saúde, o município de Presidente Kennedy possui uma rede que conta com 11 (onze) unidades básicas distribuídas nas principais comunidades do seu território e 1 (um) pronto atendimento (PA), este localizado na Sede do Município, que oferta 14 (quatorze) especialidades médicas (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Além das unidades, o município apresentado conta com a atuação de 6 (seis) equipes multidisciplinares do programa Estratégia e Saúde da Família (ESF), principal programa do Governo Federal para a atenção básica.

No que diz respeito ao cuidado do idoso no município de Presidente Kennedy, Machado (2021) ressalta que, em 2006 foi implementada a PNSPI, a qual buscava uma melhor qualidade de vida para os idosos, com enfoque na manutenção de sua capacidade funcional e também, na autonomia destes.

Compete destacar que, no município de Presidente Kennedy compete à Estratégia de Saúde da Família o cumprimento destes objetivos, visando ainda, o desenvolvimento de ações que promovam e protejam a saúde dos idosos. Assim, resta claro que as ações devem concentrar-se na reabilitação e também na redução de danos e agravos à saúde dos mesmos, com enfoque no diagnóstico e na prevenção destes agravos (MACHADO, 2021).

Observa-se, com base na pesquisa de Machado (2021), que os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) são essenciais para o cuidado do idoso no município de Presidente Kennedy.

Assim sendo, e diante do exposto, a presente pesquisa se propõe a responder as seguintes questões: Qual o papel da Estratégia de Saúde da Família no cuidado do idoso? Qual o perfil sociodemográfico e as condições de saúde geral dos idosos de uma Unidade Básica de Saúde rural no município de Presidente Kennedy?

Nesse sentido, surge a justificativa desse estudo dissertativo, onde, após atuar durante 12 anos na Estratégia Saúde da Família como enfermeira, pude perceber o papel elementar e crucial das UBS no tratamento e cuidado do idoso.

Além disso, tendo em vista que, atualmente, atuo como gestora de uma UBS do município, vejo a necessidade de conhecer o perfil da população idosa para uma melhor prestação dos serviços de saúde a esse público específico.

Assim sendo, as razões pessoais advêm da necessidade de aprender acerca da atenção à saúde prestada a pessoa idosa para poder, sobretudo, melhorar, profissionalmente, em atuação na área com essa população e sugerir estratégias e ações para promover melhor a atenção integral à saúde dessa população assistida pela UBS da comunidade analisada, auxiliando na tomada de decisões e percebendo o contexto envolvido em sua atuação.

Dessa forma, é esperado que o resultado desta pesquisa possa contribuir socialmente com a população de idosos da comunidade analisada e para a linha de pesquisa Política de Saúde, Integralidade e Processos Sociais do Programa de

Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), permitindo o aprimoramento para a minha área de conhecimento em meu trabalho e produzindo assim, conhecimento científico para oferecer um tratamento integral à população idosa.

Sendo assim, a pesquisa teve como objetivo geral descrever o papel da estratégia de Saúde da Família no cuidado do idoso no contexto do perfil sociodemográfico e as condições de saúde geral dos idosos de uma UBS rural no município de Presidente Kennedy.

Como objetivos específicos: a) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos quanto a: idade, sexo e orientação sexual, relação de parentesco com o responsável familiar, ocupação, escolaridade, situação no mercado de trabalho, existência de cuidador, participação de grupo comunitário, existência de plano de saúde no município de Presidente Kennedy; b) Identificar as condições de saúde gerais quanto a: hábitos de vida, doenças associadas e existência de deficiência; e c) descrever o processo histórico de construção da política nacional e municipal de saúde da pessoa idosa com destaque para o papel da ESF no cuidado da população idosa.

A dissertação foi elaborada considerando o manual da EMESCAM e quanto à estrutura, esta pesquisa está dividida em cinco capítulos. Na introdução apresenta-se o tema de pesquisa com a especificação do objeto, sendo incluído a justificativa e os objetivos.

Em seguida, expõe-se o capítulo da metodologia que elenca os procedimentos metodológicos que foram utilizados para realizar o levantamento bibliográfico, a pesquisa documental e a pesquisa de campo. Especificamente, a pesquisa de campo aborda o tipo de estudo, a amostra, as variáveis coletadas e a análise estatística realizada, bem como quais foram os procedimentos desenhados para analisar todo o conteúdo que foi caracterizado pela pesquisa.

O terceiro capítulo elenca uma revisão sobre o processo de envelhecimento enquanto mecanismo natural do ciclo de vida e que tem características e mudanças

biológicas, psíquicas e sociais, discutindo as questões de como esse processo pode ser influenciado pelas desigualdades sociais. Além disso, foi enfocado o processo de transição demográfica e epidemiológica, bem como políticas públicas desenvolvidas para a população idosa, em nível federal, estadual e, fundamentalmente, no município de Presidente Kennedy.

No quarto capítulo evidencia-se a revisão de literatura com relação ao processo histórico da instituição da Estratégia de Saúde da Família, associando a legislação da Política de Atenção Básica de Saúde; e também informações sobre a USF Santo Eduardo de Presidente Kennedy e o resultado com a discussão do perfil socioeconômico e as condições de saúde dos idosos residentes na comunidade de Santo Eduardo no município de Presidente Kennedy.

Na sequência, têm-se as considerações finais onde foi realizada uma síntese elaborada pela autora com foco em responder os objetivos de pesquisa traçados na dissertação, além disso, serão retratadas as limitações que existiram para a execução da pesquisa, bem como uma proposta de ação na Unidade Básica de Saúde onde a pesquisa foi realizada. E por fim, têm-se as referências, os apêndices e os anexos que complementam esta dissertação.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa aplicada, explicativa de caráter quantitativo. Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica, utilizando as seguintes fontes de busca: Pubmed, LILACS, MedLine. As palavras chaves (descritores) utilizadas foram: Saúde do idoso, Atenção Primária em Saúde, Determinantes sociais de saúde e Políticas de Saúde; *Primary Attention, Elderly Health, Public Health, Health Policy e Social Determinantes of Health* e, a partir da utilização dos dados, foi possível refletir sobre os aspectos de habitação e renda da população relacionados as condições sociodemográficas e econômicas que podem afetar a saúde da pessoa idosa e o período de busca de 1994 até 2022. Foram selecionados artigos publicados na língua inglesa e portuguesa. Também serão utilizados livros, dissertações e teses que versem sobre o tema.

No segundo momento foi realizada uma classificação dos principais documentos, leis, portarias e normas relacionadas a política nacional de saúde da pessoa idosa (PNAB), com destaque para o papel da ESF no cuidado da população idosa.

Em conclusão, foi realizado um estudo transversal com coleta retrospectiva de informações contidas no sistema de informação Magnus Vieira – Sistema Integrado de Gestão de Serviços (MV- Sigss), que permite o acesso às informações da ficha A (cadastro individual) dos idosos assistidos pela Unidade Básica de Saúde no município de Presidente Kennedy.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma UBS rural no município de Presidente Kennedy, a saber: Unidade Básica de Saúde Santo Eduardo, localizada na Rua Bartolomeu Santiago, bairro Santo Eduardo, sem número, sendo composta, em março de 2021, por uma população que totaliza 600 pessoas e desse quantitativo, 80 são pessoas idosas (60 anos ou mais).

2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O público alvo da pesquisa foi o total da população idosa acima de 60 anos assistidos pela UBS no município de Presidente Kennedy que, no mês de março de 2021, totalizava 80 idosos.

2.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos e inscritos na Unidade Básica de Saúde de referência, de acordo com a territorialização da área de abrangência em saúde, cadastrado no sistema de informação MV. Foram excluídos participantes que por motivos não apresentaram registros das informações coletadas.

2.4 MÉTODO

Inicialmente foi realizada a identificação dos idosos elegíveis para o estudo, tendo como base os longevos assistidos no mês 03/2021. Em um segundo momento a pesquisadora acessou o sistema MV, onde coletaram-se os dados referentes ao perfil sociodemográfico e condições/situações de saúde gerais dos idosos. Os dados foram registrados em ficha de coleta própria, desenvolvida pela pesquisadora (APÊNDICE I), elaborada a partir da ficha A/cadastro individual da UBS (Anexo I). Esta ficha é preenchida pela agente comunitário de saúde (ACS) no momento em que o mesmo realiza a visita domiciliar aos idosos e a seus familiares residentes no mesmo domicílio.

A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora.

2.4.1 Perfil sociodemográfico

Para caracterização do perfil sociodemográfico dos idosos foram consideradas as seguintes variáveis: idade (60 anos, > 60 anos), sexo (feminino ou masculino), raça/cor (branco, pardo/negro, outros); cidadão é responsável familiar (sim ou não); escolaridade (nenhuma, ensino fundamental 1ª a 4ª séries, ensino fundamental 5ª a 8ª séries, ensino fundamental completo, ensino médio, médio 2º ciclo, superior);

situação no mercado de trabalho (assalariado sem carteira de trabalho, autônomo com previdência social, aposentado/pensionista, desempregado, não trabalha, servidor público/militar, outro); existência de cuidador (sim ou não); participação de grupo comunitário (sim ou não); existência de plano de saúde (sim ou não) e orientação sexual (sim/não), se sim, qual? (heterossexual, bissexual, homossexual (gay/lésbica).

2.4.2 Condições gerais de saúde

Para caracterização das condições de saúde dos idosos foram consideradas as seguintes variáveis em hábitos de vida: está fumante (sim ou não), faz uso de álcool (sim ou não), faz uso de outras drogas (sim ou não). Quanto as doenças foi verificado: tem hipertensão arterial (sim ou não), tem diabetes (sim ou não), teve acidente vascular cerebral/derrame (sim ou não), teve infarto (sim ou não), tem doença cardíaca/do coração, se sim, qual(is)? (insuficiência cardíaca, outra, não sabe), está com hanseníase (sim ou não), está com tuberculose (sim ou não) e existência de deficiência (sim ou não), se sim, qual(is): (auditiva, intelectual/ cognitiva, visual, física, outra)?.

2.5 COMITÊ DE ÉTICA

O presente estudo foi apresentado ao comitê de ética (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), sendo apreciado e aprovado pelo parecer nº 090594/2021 (ANEXO II). Foi assegurado o sigilo das informações obtidas mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa, os quais foram identificados numericamente e precedidos pela letra I (I 01, etc.). Em todas as etapas do estudo foram respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12, e a guarda das informações ficará sob responsabilidade da pesquisadora responsável durante o período de cinco anos.

2.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada uma análise descritiva reportada através de tabelas de frequências

para variáveis nominais, e medidas de resumo de dados como médias, mínimo e máximo para as variáveis contínuas.

3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL: DISCUTINDO POLÍTICAS PÚBLICAS NAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL

Ao longo dessa seção, são trabalhados os conceitos bem como a evolução da percepção de transição demográfica e envelhecimento ao longo da história do Brasil. Nesse sentido, apresentam-se as políticas públicas, em segundo momento, que estão relacionadas com as ordens federal, estadual e municipal em face do objeto central desta pesquisa: o Município de Presidente Kennedy, no Espírito Santo.

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

O estudo do envelhecimento populacional tem suscitado importantes debates sobre as causas da pobreza na população idosa, a demanda agregada do consumidor e as possíveis políticas de redução das desigualdades decorrentes da então chamada transição demográfica (GONÇALVES *et al.*, 2018).

Compreender a situação atual do Brasil, assim, é fundamental para projetar políticas econômicas para o futuro. Embora a literatura internacional tenha avançado nessa área, o Brasil ainda fica para trás na compreensão das consequências econômicas do envelhecimento populacional dentro de suas fronteiras (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Segundo Figueirêdo (2019), o período de rápido envelhecimento populacional nos países da América Latina é diferente das trajetórias de países desenvolvidos e, portanto, posiciona outros significativos e desafios sociais e econômicos para a sociedade brasileira. Esses desafios exigem a implementação de políticas e programas públicos em múltiplas áreas no presente, incluindo a prestação de cuidados de saúde de longo prazo e financiamento de pensões para a população que envelhece progressivamente.

Nesse horizonte, circunstâncias socioeconômicas enfrentadas pelo envelhecimento da população, como aposentadoria tardia, melhoria da saúde e da capacidade

funcional, e políticas públicas e privadas que influenciam o bem-estar individual estão em contínua evolução e transição, mas precisam de estudos que, de fato, possam avaliar as implicações relacionadas com a linha tênue entre políticas e envelhecimento populacional (FIGUEIRÊDO, 2019).

A este sentido, esta seção apresenta um panorama da situação do idoso no Brasil, abordando aspectos da transição demográfica, o perfil atual do idoso brasileiro e as condições sociodemográficas desse segmento da população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os idosos como pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (OMS, 2019): usa-se esta definição na caracterização desta pesquisa.

Em conceito, primeiramente, estabelece-se a definição de envelhecimento. Às luzes de Noberto (2019), este é um processo gradual e adaptativo, caracterizado por diminuição relativa da resposta homeostática (equilíbrio que permite ao organismo manter o funcionamento), devido às inúmeras alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas causadas pelo meio.

Meio se entende como as relações estruturais, sociais, psicológicas, naturais e organizacionais estabelecidas dentro de um padrão de sociedade (CRESPO, 2018). Assim, tal como afirmam Grey e Rae (2018), pode-se assumir o envelhecimento como um processo diretamente proporcional aos recursos existentes no meio em que o homem se organiza. Recursos estes que são chamados de determinantes sociais de saúde (DSSs).

Os DSSs, segundo Crespo (2018), têm grande impacto na saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Exemplos incluem: habitação, transporte e segurança, seguros, racismo, discriminação e violência, educação, oportunidades de trabalho e renda, acesso direto aos alimentos nutritivos e oportunidades de atividade física, ar e água poluídos, habilidades de linguagem e alfabetização, dentre outros (CRESPO, 2018).

Em suma, na concepção de Noberto (2019), são fatores socioestruturais, de nível político e organizacional, que impactam na qualidade de vida direta do homem e

tendem a ser menores em países subdesenvolvidos como o Brasil.

Os DSSs contribuem para amplas disparidades e desigualdades na saúde. Por exemplo, as pessoas que não têm acesso a mercearias com alimentos saudáveis são menos propensas a ter uma boa nutrição e, consequentemente, a sua expectativa de vida também é reduzida.

As DSSs também aumentam os riscos de doenças sistêmicas e/ou pandêmicos e o modo como a sociedade administra e mitiga riscos associados com o seu desenvolvimento (FIGUEIRÊDO, 2019). Ao longo da história do Brasil, por exemplo, estes contribuíram para a formação e evolução da transição demográfica, que é observada, desde os séculos XIX e XX.

Especialmente a população brasileira, que passou por mudanças significativas ao longo dos séculos XIX e XX. Entre tais mudanças estavam a redução na mortalidade seguida por um declínio nas taxas de fecundidade.

A transição demográfica é definida como o movimento da população de altos aos baixos níveis de mortalidade e fecundidade que estão associados ao advento do desenvolvimento tecnológico e com a modernização.

Para Cavalcanti *et al.* (2018 *apud* THOMPSON, 1929), pioneiro na teoria da transição demográfica, a passagem demográfica ocorre em 4 estágios: 1º estágio pré-industrial, quando a fecundidade e a mortalidade são altas (de baixo crescimento populacional); 2º estágio de industrialização ou de urbanização, quando a mortalidade é reduzida e a fecundidade permanece constante (crescimento populacional rápido); 3º maturidade industrial, quando a fecundidade é reduzida e a mortalidade é baixa; e 4º estágio pós-industrial, quando fecundidade e mortalidade são baixas (baixo crescimento populacional).

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), os cerca de 210 milhões de habitantes que vivem no Brasil em 2022 são resultado de uma história populacional marcada pelo crescimento econômico desigual e os seus consequentes desequilíbrios regionais. Desta forma, ao longo das suas muitas

décadas, a transição demográfica tem sido seletiva, tanto do ponto de vista espacial quanto do sociopolítico (GUEDES *et al.*, 2017).

Todavia, pode-se resumir a transição demográfica brasileira em três períodos básicos.

Na primeira, que se estende de meados do século XIX, onde as primeiras constituições se formaram, até os anos de 1930, a população brasileira apresentava altas taxas de mortalidade e fecundidade e com as suas taxas de crescimento populacional moderadas, abaixo de 2% ao ano em média; principalmente devido ao aumento da migração internacional. Esse período pode ser caracterizado como a primeira fase da transição demográfica no Brasil, às vistas de Barreto (2017).

O segundo período da história da população brasileira se acelerou a partir de 1950, quando taxas de mortalidade e migração internacional caíram acentuadamente. No entanto, a taxa de mortalidade vinha caindo, pelo menos, desde o início do século XX, em algumas cidades do Brasil, como São Paulo, espalhando seu declínio para todo o país a partir da década de 1950 (BOFF; GREGORY, 2019).

Assim, a queda das taxas de mortalidade das faixas etárias aliada às altas taxas de fecundidade nas décadas de 1950 e 1960 fizeram com que o crescimento da população brasileira atingisse seu pico com taxas de crescimento de 3%/ano em média (BARRETO, 2017).

Nesse caso, o segundo período da história da população brasileira se enquadra na segunda fase da transição demográfica, estendendo-se até o final da década de 1960, quando níveis de fecundidade começaram a declinar, compensando a redução relativa da mortalidade e, assim, impedindo que as taxas de crescimento populacional continuassem a diminuir (BARRETO, 2017).

Gonçalves *et al.* (2019) apresentaram evidências de que o segundo período da transição demográfica brasileira terminou precocemente em algumas regiões do Brasil em meados da década de 1930 ou 1940, com a queda das taxas de fecundidade e mortalidade nas áreas urbanas das regiões Sul e Sudeste. No

entanto, nas regiões Norte e Nordeste, a taxa de fecundidade aumentou até o início da década de 1970, mantendo a taxa de fecundidade brasileira em patamares mais elevados até as décadas de 1950 e 1960 (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Estas diferenças regionais podem ser explicadas pelas diferenças econômicas entre as regiões. Segundo Furtado (2019), as diferenças econômicas entre as regiões do Brasil tendem a ocorrer por via dos seguintes fatores: disparidade em relação à distribuição da renda; baixo nível de escolaridade; condições extremamente precárias de moradia entre as diferentes regiões; fome e a subnutrição; problemas relacionados à saúde etc.

Desta forma, foram identificadas duas fases da transição da fecundidade no Brasil: a primeira, semelhante à transição europeia, foi longa e lenta, concentrada no Centro-Sul do país: Rio de Janeiro, São Paulo e região Sul; e a segunda foi rápida, semelhante ao observado em países em desenvolvimento durante a segunda metade do século XX (BOFF; GREGORY, 2019; BARRETO, 2017).

O terceiro período da história demográfica da população brasileira se estendeu por todos os territórios durante o final da década de 1960, caracterizado por uma rápida redução do crescimento populacional.

Da taxa de quase 3% ao ano observada entre 1950 e 1970, o crescimento da população brasileira diminuiu para aproximadamente 1,3% ao ano após a data de 1990. Portanto, as principais variáveis responsáveis pela transição demográfica, taxas de fecundidade e mortalidade, mostram que a população brasileira já atingiu o seu terceiro estágio de transição demográfica, em face dos determinantes sociais elencados (BARRETO, 2017; IBGE, 2022).

A Tabela 1 apresenta detalhes mais evidentes de transição demográfica e projeções para alguns indicadores de estrutura etária, fecundidade e mortalidade no período de 1960 a 2060. Os dados estatísticos foram retirados diretamente do IBGE (2022).

Tabela 1: Dados Gerais de Transição Demográfica no Brasil

Indicadores	**1960**	**1980**	**2000**	**2020**	**2040**	**2060**
População	70.070	119.002	169.799	211.755	231.919	228.286
Idade mediana	18	20	25	33	41	46
Envelhecimento(%)(1)	11,2	15,9	28,9	46,9	103,6	173,5
Dependência (Idade)	90,0	79,5	61,7	44,3	52,0	67,2
Fecundidade Total(3)	6,3	4,4	2,4	1,8	1,7	1,7
Natalidade Bruta(4)	44,0	31,8	21,1	14,0	10,6	9,3
Mortalidade Bruta(5)	15,0	8,9	6,9	6,6	8,9	12,5
Mortalidade infantil(6)	124,0	82,8	27,4	11,6	7,8	6,9
Expectativa de vida (ao nascimento)	51,6	62,8	70,4	76,7	79,8	81,0
	1940-60	**1960-80**	**1980-2000**	**2000-20**	**2020-40**	**2040-60**
Crescimento Anual	3,5	1,6	1,4	1,2	0,5	-0,1

Fonte: Elaborado pela Autora (2022)

Observa-se, na Tabela 1, que, ao longo dos últimos 80 anos, houve uma redução na mortalidade infantil de 82,8%, enquanto o envelhecimento subiu mais de 15%. Segundo Santos, Turra e Noronha (2018), a transição demográfica é o resultado de diferentes determinantes socioeconômicos e culturais e existe ampla literatura no Brasil que explica as causas da redução das taxas de mortalidade e fecundidade, que podem ser verificadas na Tabela 1. Furtado (2019), por exemplo, cita a distribuição da renda e o baixo nível de escolaridade como determinantes. Já Cardoso (2018) elenca a precariedade alimentícia e a baixa infraestrutura tecnológica.

Nesse campo, o fenômeno de transição pode ser compreendido a partir de três fenômenos: o primeiro é a redução do peso relativo da população jovem; o segundo é o aumento do grau de envelhecimento populacional, isto é, toda a proporção de pessoas com 60 anos ou mais; e o último é o crescimento da população em idade ativa (CORTES *et al.*, 2019).

Estes, para Cortes *et al.* (2019), sofreram alterações significativas através de políticas públicas realizadas nos últimos anos, alterando a pirâmide etária do Brasil, teoria que pode ser comprovada com base nos dados da Tabela 1, que expressa, quanto ao peso relativo da população jovem (idade média), uma ascensão de 18 anos para 46 anos e, quanto ao envelhecimento populacional, um aumento de 11 para 173,5 milhões e crescimento da população de 70.070 milhões para 228.286 milhões).

Alves (2020) assume que o conjunto de políticas públicas condicionadas pela estrutura etária da população, como, por exemplo, as políticas de educação, saúde, mercado de trabalho, segurança e previdência social, devem ser consideradas como parâmetros de mudanças demográficas ao longo tempo.

Caso contrário, reduz-se a eficiência da extinção das desigualdades sociais e políticas. Para a autora, ao longo dos anos, o conjunto de descritores e determinantes sociais – que foram modificados pelas políticas brasileiras – nem sempre se basearam nas mudanças demográficas, ocasionando diferenças numéricas, as quais podem ser observadas ao longo da estrutura da Tabela 1 (ALVES, 2020).

Essas diferenças fazem com que a pirâmide etária brasileira inicie processo gradual de envelhecimento (ALVES, 2020; SANTOS; TURRA; NORONHA, 2018; BAERLOCHER; PARENTE; RIOS-NETO, 2019). Para Santos, Turra e Noronha (2018), tal processo é denominado Transição Estrutural de Idade (AST), que resulta em mudanças no tamanho de várias faixas etárias e modifica o peso proporcional dessas faixas etárias da população.

Nesse sentido, Ottoni (2020) e Araújo Neto (2019) observam que a pirâmide etária no Brasil, em 1970, tinha uma base muito larga e um topo muito estreito, em contrapartida, através dos dados do IBGE (2022), a ponta da pirâmide ganhou, hoje, mais largura, reduzindo sua base durante os anos 2000.

Para as projeções futuras tende-se à apresentação de uma largura geometricamente desproporcional da linha do topo com as demais faixas de idade da pirâmide. As diferenças da pirâmide etária do Brasil são observadas na Figura 1, a seguir, através de consulta no IBGE (2022).

Figura 1 - Evolução da Pirâmide de Faixa Etária (Brasil)



Fonte: IBGE (2022).

Como pode ser observado na Figura 1, em 1970, a pirâmide etária brasileira ainda tinha o formato de pirâmide, onde os grupos acima de 50 anos tinham menos membros que menores de 50 anos, embora a base da pirâmide tivesse sido reduzida em termos percentuais. Entretanto, com a queda das taxas de fecundidade e mortalidade, em face de políticas de desenvolvimento, a pirâmide etária, em 2020, apresentava três faixas etárias mais jovens, com percentuais inferiores ao grupo de 15 a 19 anos, conforme dados do IBGE (2022).

Assim, menores taxas de fecundidade e mortalidade transformaram a estrutura etária da população, reduzindo o peso das crianças e jovens e, em fato, aumentando, inicialmente, o impacto do grupo adulto e depois o impacto do grupo idoso. A pirâmide etária projetada em 2060, quanto a estrutura etária da população, terá formato retangular e o percentual de idosos deverá ultrapassar o número de nascentes, principalmente para as mulheres (IBGE, 2022).

O crescimento populacional do Brasil até 2025 será impulsionado pelo aumento da população idosa, enquanto a população em idade ativa (entre 15 e 59 anos) começará a diminuir. Um indicador interessante que emerge desta afirmação é a divisão de dependência total, que relaciona a população total em idade potencialmente inativa (menores de 15 e mais de 60 anos) e a população em idade chamada de potencialmente ativa (15-59 anos) (DAMACENO; CHIRELLI, 2019). Este indicador reflete diretamente o peso ou, melhor, o *ônus econômico-financeiro* do grupo de crianças, adolescentes e idosos sobre segmento da população, considerado diretamente em idade adequada para exercer atividade economicamente produtiva (DAMACENO; CHIRELLI, 2019).

Desta forma, observou-se que a população idosa no Brasil tem crescido significativamente desde 1950 e, segundo o IBGE (2022), hoje, em 2022, essa população já é de 30,1 milhões, representando cerca de 14,3% da população. Suas estimativas mostram que, até 2060, esse grupo crescerá a uma taxa de 3,6% ao ano ante 0,2% da população não idosa, chegando a 73,4 milhões de pessoas em 2060, o que equivalerá a quase 33,0% da população. De acordo com o Banco Mundial (2021), esse percentual será próximo da demografia geral do Japão, país com a maior proporção de idosos no mundo, atualmente.

No entanto, a distribuição dos idosos em território nacional não é homogênea, devido ao comportamento não linear da taxa de fecundidade e mortalidade, migração, aspectos socioeconômicos e políticos de cada região, como afirmado anteriormente. Para o IBGE (2019), a maior parte da população com 60 anos ou mais se concentra nas regiões Sudeste (46,4%) e Nordeste (25,5%), seguidas pela região Sul (15,5%).

O menor percentual de idosos está na região Centro-Oeste (6,6%) e região Norte (5,8%). Ressalta-se que 70% da população com 60 anos ou mais concentra-se nas regiões Sudeste e Nordeste, onde há maior prevalência de capital (IBGE, 2019).

Ao analisar a proporção de pessoas idosas na população de cada região, esse segmento é mais representativo nas regiões Sudeste (16,5%) e Sul (16,1%), seguidas das regiões Nordeste (13,5%) e Centro-Oeste (12,4%) e, findando, a região Norte (9,4%). Portanto, a região Sudeste representa a região pioneira no declínio das taxas de fecundidade e mortalidade no Brasil seguida pela região Sul; enquanto a região Norte apresenta a menor concentração e proporção relativa de idosos (IBGE, 2019).

Para Reis, Barbosa e Pimentel (2017), a maior concentração de idosos na região Sudeste pode ser explicada pela atratividade de suas regiões metropolitanas, que têm experimentado um crescimento econômico significativo, principalmente devido ao desenvolvimento do setor industrial-comercial. No entanto, como explicam os autores, a concentração de população idosa dentro da região Nordeste resulta da emigração da população jovem para regiões mais desenvolvidas. Quanto ao cenário de idosos no Centro-oeste, o IBGE (2019) afirma que o baixo percentual se deve aos altos níveis de fecundidade de outras décadas, embora nos últimos anos a população dessas regiões venha envelhecendo com maior proporção. A Tabela 2, apresentada a seguir, mostra diferenças entre a população idosa no Brasil.

Tabela 2 - Distribuição das pessoas com 60 anos ou mais por sexo, situação familiar e raça, por grandes regiões Brasil – 2018

Regiões Brasileiras	**Gênero**		**Localização**		**Etnia**		
	Masculino	Feminino	Urbana	Rural	Branca	Preto	Outros
Brasil	44.15	55.85	85.56	14.44	51.30	9.69	39.02
Norte	46.84	53.16	76.05	23.95	22.35	13.10	64.55
Nordeste	43.78	56.22	72.45	27.55	28.83	12.58	58.59
Sudeste	43.42	56.58	93.52	6.48	58.34	9.44	32.23
Sul	45.07	54.93	84.12	15.88	80.35	4.37	15.28
Centro-Oeste	46.40	53.60	89.83	10.17	41.15	10.30	48.55

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados retirados do IBGE (2019)

De acordo com a Tabela 2, na razão de gênero, o número de mulheres é maior que o de homens nesse segmento. Em 1980, as mulheres representavam 52,7% da população idosa, passando para 55,85% em 2018 (IBGE, 2019). Ao analisar as

diferenças regionais, a distribuição por gênero dos idosos é mais acentuada na região Sudeste, seguida por Nordeste e Sul, Centro-Oeste e, por fim, a região Norte, conforme se observado na Tabela 2. Essa disparidade pode ser explicada por diferenças globais na expectativa de vida entre os gêneros; embora essas diferenças sejam maiores no Brasil, uma vez que, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens (IBGE, 2019).

De modo geral, a diferença na expectativa de vida no Brasil pode ser explicada pela razão entre mortalidade masculina e feminina. Esse índice demonstra quão alta a mortalidade masculina no Brasil é se comparada à mortalidade feminina em todas as faixas etárias. Essa maior taxa de mortalidade entre os homens brasileiros se deve, em grande parte, às complicações da aterosclerose coronariana, aos homicídios, aos acidentes de transporte, aos transtornos mentais e comportamentais, inclusive os decorrentes do uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas, e doenças do aparelho digestivo, com destaque para o fígado (cirrose), associada e/ou não ao alcoolismo (NORBERTO, 2019; CRESPO, 2018).

A distribuição urbano-rural da população idosa também está relacionada à constante e contínua urbanização da população brasileira. A proporção de pessoas idosas residentes na zona rural diminuiu de 23,3% em 1990 para 16,5% em 2010. A urbanização da população idosa seguiu a tendência da população total, que ficou em torno de 85,6% em 2018 (IBGE, 2019).

Para Damaceno e Chirelli (2019), as projeções demográficas mostram tendência de maior urbanização juntamente com o aumento da população idosa, com maior proporção de homens idosos nas áreas rurais e mulheres idosas nas urbanas. Segundo os autores, morar na cidade proporciona às mulheres idosas, principalmente as solteiras ou viúvas, o benefício da proximidade com familiares, serviços de saúde e outras comodidades.

A distribuição por raça mostra que a grande maioria da população idosa se identificou como branca (51,3%), seguida por outros (39,0%) e negra (9,7%). Essa proporção muda em partes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que apresentam maior percentual de idosos que informaram como Outros (64,6%, 58,6%

e 48,5%, respectivamente). Na região Sul, a grande maioria da população idosa se identifica como branca (80,3%) (IBGE, 2019). Ao olhar para a situação dos idosos nos agregados familiares, 50,3% eram chefes de família em 2018.

Os cônjuges idosos representavam cerca de 18,6% em 2018, o que significa que a grande maioria (68,9%) desta população ocupa um papel de destaque no modelo organizacional das famílias brasileiras. Entre os domicílios unipessoais, 15,2% eram de homens idosos contra 23,2% de mulheres idosas em 2018 (IBGE, 2019).

Vale destacar que, em 1970, os domicílios unipessoais eram de aproximadamente 5% para homens idosos e 8% para mulheres idosas (IBGE, 2014). Segundo Cavalcanti *et al.* (2018), uma explicação para esse fenômeno é que o número de mulheres idosas em uma população determina o crescimento de famílias monoparentais e de famílias monoparentais lideradas por mulheres.

Os viúvos e os brasileiros divorciados se casam novamente com mais frequência do que mulheres brasileiras viúvas ou divorciadas (CAVALCANTI *et al.*, 2018). Portanto, a circunstância do agregado familiar varia significativamente de acordo com o sexo e idade do chefe do agregado familiar. Como se notam, os determinantes sociais sempre justificam as questões demográfico-sociais.

Findando esta análise federal, fazem-se mais duas análises relacionadas com a dimensão educacional e financeira dos idosos. Pelos dados do IBGE (2019), apesar do aumento da alfabetização dos idosos nos últimos anos, a baixa escolaridade média dessa população é reflexo do acesso desigual ao ensino entre determinados grupos sociais desde a década de 1930 até, pelo menos, a década de 1950.

Utilizando como definição de analfabetos funcionais àquelas pessoas com menos de quatro anos de estudo, o IBGE (2019) mostra que aproximadamente 43,9% da população idosa, como um todo, não havia obtido sequer esse nível mínimo de escolaridade até 2015.

No caso das regiões Nordeste e Norte, esse percentual é ainda maior, cerca de 56,1% e 51,5%, respectivamente. Já nas regiões Sudeste e Sul, o analfabetismo

funcional atinge cerca de 33,3% e 33,9% dos idosos, respectivamente. Todavia, houve melhora significativa no número de idosos alfabetizados no Brasil, que representava 45% em 1991, ante 23,3% em 2015, indicando maior acesso à educação devido às melhorias no acesso à educação desde a década de 1950 (IBGE, 2016).

Com relação à análise financeira pode -se afirmar que a renda média dos idosos indica a capacidade de aquisição de bens e serviços desse segmento da população. Considerando que o salário mínimo é baseado nas necessidades básicas dos indivíduos, pode-se considerar tal variável como indicador de bem-estar e de pobreza.

Nesse caso, não houve melhora nas últimas décadas: enquanto em 1991 mais da metade dos idosos (52,1%) tinha renda inferior a um salário mínimo, em 2018 essa proporção se manteve consistente, em torno de 51,1%. Todavia, diferenças regionais são observadas com a maioria dos idosos das regiões Nordeste (53,2%) e Norte (51,1%), apresentando renda de até um salário mínimo, conforme os dados do IBGE (2019).

Enquanto a renda do trabalho geralmente é responsável pela maior parte da renda familiar, para os idosos a renda do trabalho não é a maior parcela da renda. Em 2018, cerca de 68,6% da renda era proveniente de aposentadoria e/ou pensão, 27,7% do trabalho e 3,7% de outras fontes. Essa diferença é ainda maior no Nordeste e Sul, onde a renda proveniente de aposentadoria ou pensão atingiu 74,5% e 70,4%, respectivamente, o que implica nas diferenças demográficas já apresentadas (IBGE, 2019).

Estes foram os dados ao nível nacional, mas, em nível estadual, por via dos dados do IBGE (2020) do Programa de Extensão Demografia UFES (2022), tem-se algumas mudanças significativas. Neste caso, a Tabela 3 apresenta os dados que estão relacionados com o Espírito Santo.

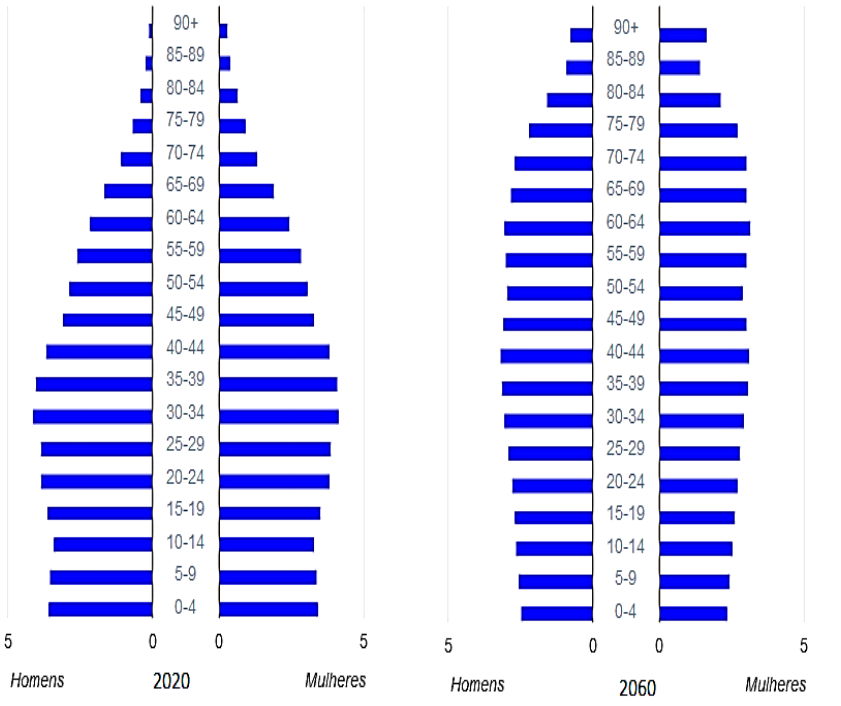
Tabela 3 - Dados Gerais de Transição Demográfica no Espírito Santo, no período de 1960 a 2060

Indicadores	1960	1980	2000	2020	2040	2060
População	1.188	2.023	3.097	4.514	4.739	4.927
Idade mediana	18	20	27	33	41	46
Envelhecimento (%)	14,8	34,9%	28,14	44,94	103,47	165,79
Dependência (Idade)	78,9	56,2	12,78	15,60	26,13	42,29
Natalidade Bruta	43,5	31,5	18,85	14,75	10,86	9,58
Mortalidade Bruta	21,5	9,62	7,25	5,62	8,06	11,54
Mortalidade infantil	96,20	57,00	19,60	6,29	4,64	4,96
Expectativa de vida (ao nascimento)	49,5	61,2	70,2	75,56	78,83	79,72
	1940-60	**1960-80**	**1980-2000**	**2000-20**	**2020-40**	**2040-60**
Crescimento Anual	3,89	1,65	1,29	1,13	1,47	0

Fonte: Dados Adaptados do Censo Demográfico e IBGE (1960-2022) e do Programa de Extensão Demografia UFES (2022).

Os dados para o Estado do Espírito Santo se apresentam um pouco diferentes dos dados federais. Neste caso, percebem-se diferenças significativas na dependência de idade, em que o Estado se encontrou abaixo da previsão nacional em todo o ano que foi consultado. Além disto, sua mortalidade infantil tem proporcionalidade de 2/3 com os dados médios ao nível federal. Já no campo da expectativa de vida, os dados estão próximos, tal como a evolução do índice de desenvolvimento no mesmo período. Isto se reflete na configuração da pirâmide do Estado, que é bastante próxima da visão de gráfico do ente federativo, como visto na Figura 2.

Figura 2 - Evolução da Pirâmide de Faixa Etária (Espírito Santo)

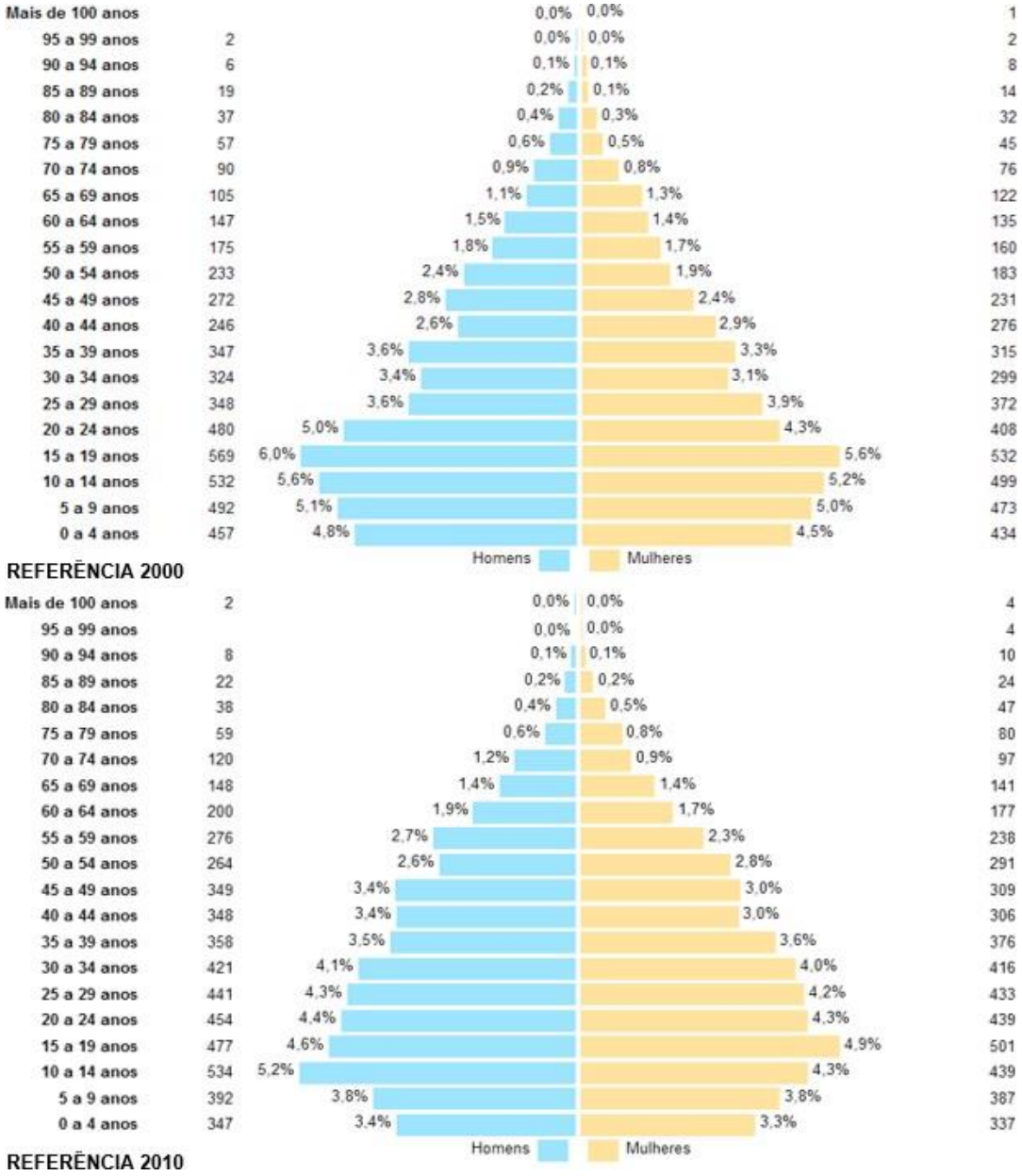


Fonte: IBGE (2022).

Como se pode observar, tal como a população brasileira, considerando-se todos os indivíduos residentes no país, a pirâmide etária do Estado do Espírito Santo, ao longo dos próximos anos, tende a cada vez mais ampliar o seu todo e reduzir a sua base, confrontando os indicadores de nascimento, mortalidade e idade ativa na sociedade.

A Figura 3 apresenta todas as mudanças na pirâmide do Município de Presidente Kennedy.

Figura 3 - Evolução da Pirâmide de Faixa Etária do Município de Presidente Kennedy de 2000 a 2010



Fonte: IBGE (2010).

Continuando nessa linha de evolução, a tendência da pirâmide municipal está diretamente alinhada com a perspectiva gráfica do Estado e, como consequência, da pirâmide federativa; isto é, o encurtamento das bases e aumento, embora em passos lentos, da população adulta e idosa. Embora os dados relacionem anos diferentes (Figura 1 *versus* Figura 3), é importante mencionar que a linha de evolução gráfica tende, nos três gráficos apresentados, à redução da base e aumento do topo.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS AO CUIDADO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO BRASIL

Na seção acima, trabalhou-se a transição demográfica brasileira bem como os dados gerais da população, relacionados com questões sociais, da saúde e com teor econômico. Ao longo desta, apresentam-se as políticas públicas de nível federal, estadual (em relação ao Estado do Espírito Santo) e municipal (em face do Município de Presidente Kennedy) do campo da saúde. As duas últimas políticas mencionadas foram formuladas a partir da visão-objetivo desta pesquisa.

Cabe compreender, previamente à apresentação das políticas públicas, que a saúde é entendida como um instituto de tutela pública através da Constituição Federal de 1988, vigente no Brasil. Nesse, considera-se a saúde como um bem que resguarda o direto à dignidade humana, integridade e liberdade (BRASIL, 1988). Surge, tão logo, como uma entidade de proteção e, principalmente, de dever do Estado para com os seus representantes e sua população. O artigo 196 determina que o Estado deve atuar por meio de políticas sociais e econômicas que assegurem a redução do risco de doenças e outras situações e que este deve garantir o acesso universal e igualitário às ações (BRASIL, 1988). Para tanto, a Constituição implementou o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, com acesso universal e gratuito.

A legislação determina que o Sistema Único de Saúde deve contemplar a participação das 3 esferas de governo (União, Estados e Municípios), estruturadas em uma rede articulada, regionalizada, hierarquizada e descentralizada com uma direção única, exercida respectivamente pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais e pelas Secretarias Municipais de Saúde (DAMACENO; CHIRELLI, 2019).

Já em 1994, a lei nº 8.842/94, do Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional do Idoso, cujo objetivo foi de garantir os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Esses direitos básicos devem ser especificados nas políticas sociais nas áreas de saúde, assistência social, educação, trabalho, habitação e planejamento urbano, justiça, cultura, esporte e de lazer até os dias atuais (ROMERO *et al.*, 2019; DAMACENO; CHIRELLI, 2019.

Logo após, em 1999, foi sancionada a Portaria 1.395/GM, que determina as principais diretrizes que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa (BRASIL, 1999).

Anos passaram até modulações ocorrerem em 2006. Nesse ano, por meio da Portaria nº 2.528, institui-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006), que tem dois eixos principais: (a) as medidas preventivas com especial ênfase na promoção da saúde e (b) a atenção multidisciplinar específica, a qual foca em uma promoção de envelhecimento saudável e na manutenção da capacidade funcional máxima do indivíduo idoso, pelo maior tempo que for possível, valorizando, portanto, a autonomia e a preservação da independência física, social e mental da pessoa idosa (DAMACENO; CHIRELLI, 2019).

Convém destacar aqui, estas duas políticas principais, através da Portaria nº 1.395/GM de 1999 e a Portaria nº 2.528 de 2006, que apresentam algumas diferenças. A principal visão da política de 1999 é a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde dos idosos, à reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio aos estudos e pesquisas (BRASIL, 1999).

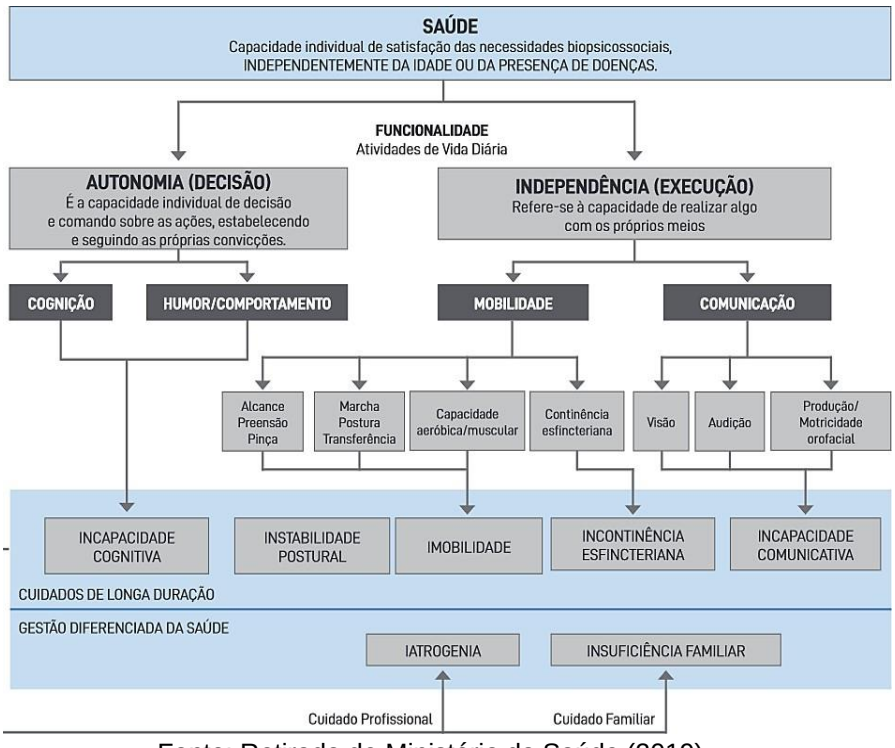
Para tanto, nesta Política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance do propósito maior, que é a plena saúde do idoso. Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da Política Nacional

de Saúde do Idoso, mediante o qual deverá ser possível os eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática.

Já a política realizada em 2006 objetivou, diretamente: “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim”. A principal preocupação desta foi a aplicação prática, com devida atenção à saúde e envelhecimento, trazendo políticas de ações de mitigação de riscos de acidentes e de atividade física saudável para esta classe.

Dessas políticas deriva o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as capacidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (PEREIRA; LACERDA; NATAL, 2017), a qual baseia programas federais de incentivo financeiro-econômico às entidades que atendem o idoso. Com isto, em 2021, o Ministério da Saúde apresentou o modelo Multidimensional de Saúde no Idoso, que reconhece os problemas relacionados com a saúde e que atua como base para todo o atendimento do idoso no Brasil. Este modelo é observado na Figura 4, em frente.

Figura 4 - Modelo Multidimensional da Saúde do idoso



Fonte: Retirado de Ministério da Saúde (2019).

Essa modelagem busca entender as políticas públicas em duas dimensões básicas: a autonomia e a independência. Como consequência, as políticas gerais federais atuais se subdividem em dois grandes grupos: mitigação e erradicação de riscos relacionados com doenças em idosos e promoção da interatividade social destes com todas as cadeias de idades da sociedade (PEREIRA; LACERDA; NATAL, 2017; ROMERO *et al.*, 2019). Mas outras áreas também são vistas. Nogueira e Baldissera (2018) ressaltam a promoção de educação em saúde ao idoso por meio de programas federais que promovem o conhecimento sobre alimentação, atividade física, auxílio psicológico e auxílio afetivo, além da atenção básica e atenção ao uso de medicamentos.

Enquanto programa geral, tem-se o Programa Vida Saúde, que foi instituído em 2009, e tem como parceiros os programas: Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa (EBAPI) e o Programa Vida Saudável (BRASIL, 2022a). Seu objetivo é, em concorrência com todos os municípios, promover a prática regular de exercícios físicos e adaptáveis, bem como de atividades de lazer para os idosos e sua alimentação, em processos de recuperação de patologias (BRASIL, 2022a).

Outra área de fomento é a relacionada com o Programa Viver – Envelhecimento Ativo e Saudável (Pró-DH, 2022) do Ministério da Saúde. Nesse caso, ocorre a distribuição de estrutura organizacional e tecnologia para prefeituras e estados de equipamentos para a promoção de esportes e lazer aos idosos. Estes entes podem se cadastrar para receber o auxílio, que envolve a área de integração tecnológica ativa do idoso, sempre visando melhorar sua mobilidade física e a sua comunicação com os meios de saúde existentes na saúde pública brasileira (BRASIL, 2022b). Isto posto, cabe adentrar diretamente as políticas fomentadas pelo Estado do Espírito Santo.

Neste Estado, além da concorrência com as parcerias federais e a efetiva ação das diretrizes constitucionais, alguns programas regularmente são posicionados. Em vigor até os dias atuais, a Política Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/2006) que é uma das maiores contribuições deste território, visando posicionar os serviços do Estado, na área de saúde, de forma qualificada, de maneira que o atendimento seja cada vez mais eficaz e humanizado

(SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – SESA, 2021).

O Estado conta com recursos públicos diretos à efetivação da política, especialmente fomentados por meio do Fundo Estadual para a Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – FEPI. Em 2021, o FEPI executou R$ 609.269,94, considerando a abertura de crédito suplementar por superávit para as políticas ligadas com a atenção básica, trabalho, promoção e acesso à saúde e lazer, todas relacionadas com o idoso (SESA, 2021).

A nível municipal, a prefeitura de Presidente Kennedy conta com um plano municipal de saúde executado pela secretaria de saúde e seu fundo municipal, chamando “A saúde que eu quero começa por mim”, idealizado em 2017, com uma proposta de atenção à saúde para o período de 2018 a 2021, com o objetivo da preservação da saúde. Essa meta é atingida por meio da atenção primária e tem como objetivo ofertar saúde de qualidade, diminuindo o tempo de resposta do atendimento, promovendo assim, a prevenção da saúde e a promoção, proporcionando uma resolutividade dos serviços (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Conforme Machado (2021), também é de suma importância destacar algumas ações que foram realizadas na área da saúde na cidade de Presidente Kennedy como:

a) Atendimento através de Unidade Móvel Odontológica, em localidades mais afastadas, priorizando o público em idade escolar e os pacientes com dificuldade de locomoção.

b) Equipes multiprofissionais nas UBS, que fazem o acompanhamento de um número definido de famílias residentes em uma área geográfica delimitada e tem como função executar desde intervenção curativa individual, até ações em saúde pública: saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, profilaxia de doenças, ações de atenção a problemas sanitários de caráter social, como violência, transtornos mentais e uso de drogas.

c) Atendimento humanizado de qualidade e atenção aos usuários, realizando pequenos procedimentos e transferência para alta complexidade quando necessário, bem como promovendo a saúde, proteção e prevenção do indivíduo.

d) Assistência ao idoso em instituições de longa permanência, que tem como objetivo acolher idosos vítimas de maus tratados pelos familiares ou aqueles que

não possuem familiares em condição de dar assistência de forma adequada.

Tem-se também o Conselho Municipal do Idoso de Presidente Kennedy (CMIPK), que foi implantado pela Lei nº 738, de 7 de agosto de 2007, e tem como objetivo realizar um diagnóstico sobre a vivência e as necessidades dessa população dentro do município. Este é responsável por determinar ações políticas e designar novos métodos e parcerias de financiamento paras políticas públicas relacionadas com esta população (PRESIDENTE KENNEDY, 2007).

Desse modo, Lemos (2021) destaca que o CMIPK é órgão pertencente à estrutura organizacional do Poder Executivo e vincula-se à Secretaria Municipal Assistência Social, hoje totalmente ativo e atuante na cidade de Presidente Kennedy. Sua composição, definida através do Decreto Municipal nº 02/2020, foi a seguinte:

> I - Representantes do Governo Municipal:
> a) Secretaria Municipal de Assistência Social: TITULAR: Roberta Rosa dos Santos e SUPLENTE: Raquel Vieira Vereza Foutoura;
> b) Secretaria Municipal de Saúde: TITULAR: Leidiane Monteiro Miranda Rosa e SUPLENTE: Carolina Perim Maitan;
> c) Secretaria Municipal de Cultura, Turismo, Esporte e Lazer: TITULAR: Carlos Augusto da Silva Ramos e SUPLENTE: Maiara Fernandes Batista.
>
> II - Representantes da Sociedade Civil:
> a) Entidade do Meio Rural (Associação de Pequenos Agricultores de Presidente Kennedy): TITULAR: Emilio Cesar Costalonga e SUPLENTE: Erivalter Mota;
> b) Entidade ou Grupo de idosos (Associação da Terceira Idade de Presidente Kennedy): TITULAR: Valdecira Rosa e SUPLENTE: Devaldinea Duarte Barbosa;
> c) Representante de instituições Religiosas (Igreja Evangélica): TITULAR: João Luiz Pereira das Neves e SUPLENTE: Elias Gomes (PRESIDENTE KENNEDY, 2007, p. 26).

No que tange às competências do Conselho Municipal do Idoso, a Lei Nº 738, de 07 de agosto de 2007 estabelece:

> Art. 2º Compete ao Conselho Municipal do Idoso:
> I - elaborar e aprovar seu regimento interno;
> II - formular, acompanhar e fiscalizar a política do idoso, a partir de estudos e pesquisas;
> III - participar da elaboração do diagnóstico social do Município e aprovar o Plano Integrado Municipal do Idoso, garantindo o atendimento integral ao idoso;
> IV - aprovar programas e projetos de acordo com a Política do Idoso em articulação com os Planos Setoriais;
> V - orientar, fiscalizar e avaliar a aplicação dos recursos orçamentários do Fundo Municipal de Assistência Social, conforme prevê o art. 8º, V da Lei

> Federal nº. 8.842/94;
> VI - zelar pela efetiva descentralização político-administrativa e pela coparticipação de organizações representativas dos idosos na formulação de Políticas, Planos, Programas e Projetos de Atendimento ao Idoso;
> [...]
> XI - acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros nas diversas áreas, destinados à execução da Política Municipal do Idoso;
> XII - oportunizar processos de conscientização da sociedade em geral, com vistas à valorização do Idoso;
> XIII - articular a integração de entidades governamentais e não-governamentais que atua na área do idoso (PRESIDENTE KENNEDY, 2007, p. 32).

Como se pode verificar, as atribuições do Conselho Municipal de Direitos do Idoso relacionam-se à orientação, fiscalização e avaliação dos recursos orçamentários do Fundo Municipal de Assistência Social, estabelecendo ações de conscientização da sociedade como um todo, prezando também pelo acompanhamento da aplicação dos recursos financeiros nas diversas áreas destinados à execução da Política Municipal do Idoso (LEMOS, 2021).

Por fim, cabe mencionar ainda que, existem políticas amplas, as quais buscam auxílio à alimentação, ao transporte, à educação e à saúde que, embora sejam aplicadas para a população geral, também podem ser utilizadas por idosos em situação de vulnerabilidade, reduzindo os riscos associados à saúde e segurança de tal população no município (FERREIRA, 2021).

4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO AO IDOSO: DISCUTINDO O CASO DE UMA USF DE PRESIDENTE KENNEDY-ES

Ao longo de anos e de múltiplas políticas de atuação, diversas ações foram realizadas na perspectiva do Brasil para consolidar ações de saúde e também de manutenção da qualidade de vida do idoso. Uma das principais, desenhadas nos últimos anos, foi a Estratégia de Saúde da Família, que é observada como a relação entre a família e o sistema público de saúde, diretamente. Passa-se aqui o seu conceito, formação e construção histórica. Logo após, apresentam-se os dados da pesquisa desenvolvida no município para, ao fim, apresentar a importância das ações para mitigar os riscos que foram observados na população estudada.

4.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEITO E PROCESSO HISTÓRICO DA SUA CONSTRUÇÃO

Percebe-se, por meio da explanação e do conhecimento sobre as políticas, programas e ações de atenção ao idoso, que a questão do idoso passou a ganhar destaque na elaboração e discussão destas políticas quanto à assistência e saúde desse público. No Brasil, essas políticas para idosos devem seguir em consonância com a realidade do nosso país e prevalecer sempre para uma política de estar saudável, seja de maneira psicológica, biológica ou social. 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. Logo esse programa se deu de maneira tão positiva, que em março de 2006 o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 648 que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006)[1].

[1] 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 Saúde da Família como importante modelo de reorganização na AB. Em 2011 a PNAB teve uma nova edição publicada, onde foram atualizados conceitos da antiga edição, introduzidos 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. 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 (SILVA, 2022).

Com essa portaria nº 648, são levados em consideração os feitos do Programa de Saúde da Família e as normas nacionais da atenção básica, reafirmando que essa atenção consiste em um conjunto de ações de saúde, que tem por objetivo assistir à população compreendendo a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos (BRASIL, 2006 apud ABREU, 2016).

Ademais, é importante salientar que a Estratégia de Saúde da Família do Brasil é importante promotor da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011), em que deve estimular “a participação popular a fim de prover autonomia e capacidade de construir um cuidado à saúde dos indivíduos e das coletividades” (BRASIL, 2011, s. p.).

Nesse sentido, a Atenção Primária é a entrada do indivíduo no programa de Estratégia de Saúde da Família do Brasil. É onde se possibilita o encontro das dificuldades dos indivíduos e a demanda do Estado (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

As diretrizes e fundamentos da ESF, segundo a PNAB, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011 apud SANGLARD, 2019), são:

1. Território adstrito;
2. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;
3. Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
4. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, incentivar o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde quanto à organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social;

5. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, trabalhando de forma multi-profissional, interdisciplinar e em equipe, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

A Estratégia de Saúde da Família do Brasil antecede algumas ações políticas prévias antes de sua determinação. A primeira delas é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído em 1991. Seu objetivo central foi de apresentar suporte e melhoria direta das condições de saúde nas diferentes comunidades e nas regiões necessitadas brasileiras (BRASIL, 1991).

Ainda que suas definições prévias, e o estabelecimento de políticas para cuidar da saúde pública, houve demora para que sua aplicabilidade se iniciasse de fato nos municípios brasileiros, o que gerou o desenvolvimento, ainda na década de 1990, do Programa de Saúde da Família (PSF) (VEDANA, 2020).

Conquanto, a ESF se inspirou em iniciativas locais de ACS no nordeste do Brasil, introduzidas para combater um surto de cólera no início dos anos 1990. O programa foi testado em todo o país em 1994 e adotado como política nacional em 2006 com apoio do Banco Mundial. No ano de 2018, 39.905 equipes de saúde da família atuam em 5.477 dos 5.570 municípios brasileiros (SILVA, 2019).

O Programa de Saúde da Família ou, como é chamado hoje, a Estratégia de Saúde da Família do Brasil (2006), começou como programa federal em 1994, fornecendo atenção primária integrada. A estratégia visa à prestação de cuidados preventivos e básicos de saúde por meio de equipes profissionais multidisciplinares, geralmente compostas por médico, enfermeiro e cerca de seis (6) agentes comunitários de saúde (ACS) (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Essa equipe principal também pode ser apoiada por equipe odontológica. Cada grupo de quatro ou cinco equipes de saúde também tem outros profissionais, como psicólogos, farmacêuticos comunitários e fisioterapeutas, para fornecer assistência e suporte especializado adicional. A cada equipe central é atribuída uma área geográfica, que abrange de 3.000 a 4.000 pessoas, com um máximo de 150 famílias por ACS (VEDANA, 2020).

As equipes são responsáveis por cadastrar cada família em sua área, monitorar as condições de vida, o estado de saúde e prestar atenção primária. Os ACS são capazes de resolver muitos problemas de baixo nível, como verificar se os pacientes estão tomando seus medicamentos corretamente, ou podem encaminhar questões mais complexas para o profissional apropriado (SILVA, 2019).

Os ACS estão totalmente integrados à equipe, conversando regularmente com a enfermeira e o médico. Suas anotações são discutidas nas reuniões da equipe e adicionadas ao prontuário, que geralmente é eletrônico (GIOVANELLA, 2018).

Eles também passam tempo na clínica, ajudando a organizar a sala de espera e as consultas, além de realizar sessões de educação em saúde. Cada domicílio recebe pelo menos uma visita mensal do ACS, independentemente da necessidade, o que permite a coleta de dados com qualidade censitária (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Importa mencionar as atividades básicas de uma equipe de Saúde da Família, de acordo com o Ministério da Saúde (SANGLARD, 2019), que são:

a) Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais a população está exposta;
b) Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
c) Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
d) Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
e) Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade, para o enfrentamento conjunto dos problemas;
f) Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam; e
g) Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Embora o programa não tenha sido inicialmente direcionado formalmente aos pobres, quando se expandiu a partir de sua manifestação original, houve uma meta para melhorar o acesso aos cuidados de saúde para grupos vulneráveis e de baixa renda. Os membros da comunidade e os pacientes estão envolvidos na formulação e implementação das políticas da ESF nos níveis federal, estadual, municipal e local (SILVA, 2019).

No ano de 2018 mais de 265 mil ACSs atendem quase 70% da população. Os ACSs são recrutados em suas próprias comunidades e são predominantemente jovens e do sexo feminino (86% são mulheres, 83% têm entre 21 e 49 anos). O ensino secundário é geralmente um requisito mínimo, mas os ACS vêm de todas as esferas da vida e 67% têm um diploma profissional (GIOVANELLA, 2018; SILVA, 2019).

Assim, ressalta-se que no caso propriamente dos idosos, a própria PNSPI assume que a Estratégia de Saúde da Família é essencial ao afirmar que esta realiza um elo de importante ligação entre o SUS e a pessoa idosa (BRASIL, 2006). Suas ações não apenas ajudam toda a estrutura estatal a perceber os problemas que precisa combater, como também tem fundamento na educação e integração do idoso (GIOVANELLA, 2018).

Nesse sentido, fica clara a noção de que a participação da ESF no cuidado à saúde e a qualidade do idoso é fundamental. Não apenas por seu caráter histórico, mas também pelo evidente processo de transição demográfica ocorrida no país. Em frente apresentam-se os resultados da pesquisa desenvolvida no Município de Presidente Kennedy, no Espírito Santo.

4.2 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO COM A DISCUSSÃO

A pesquisa, conforme mencionado acima, foi realizada na Unidade Básica de Saúde Santo Eduardo (UBS rural), localizada na Rua Bartolomeu Santiago, bairro Santo Eduardo, sendo composta, em março de 2021, por uma população que totaliza 600 pessoas e desse quantitativo, 80 são pessoas idosas (60 anos ou mais).

A unidade básica de saúde possui uma equipe multidisciplinar que conta com: 01

médica, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 03 dentistas (dois clínicos e um saúde do trabalhador), 01 agente de saúde, 01 nutricionista, 01 psicóloga, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudióloga, 01 motorista, 02 recepcionistas, 02 auxiliares de limpeza.

Dessa forma, a UBS de Santo Eduardo presta assistência à saúde dessa população e desenvolve ações de promoção, prevenção e tratamento relacionadas à saúde da mulher, da criança, do adoscente e da pessoa idosa, saúde mental, planejamento familiar, prevenção ao câncer e ao tabaco, pré-natal, cuidados com doenças crônicas como diabetes e hipertensão, programa de saúde na escola, vacinação com atualização do cartão de vacina, curativos, inalações de medicações, coleta de exames laboratoriais, tratamentos: odontológico, psicológico, nutricional, fisioterápico e fonoaudiólógico e encaminhamento para atendimentos para especialidades médica.

Considerando a população idosa, são organizadas e planejadas ações de acordo com o perfil dos idosos da/na Unidade Básica de Saúde de Santo Eduardo como:

a) pilates administrado pela profissional fisioterapeuta;
b) Hiperdia realizado pela profissional enfermeira, com auxílio da agente de saúde, que tem por objetivo cadastrar e acompanhar pacientes hipertensos e diabéticos, incluindo os idosos;
c) encaminhamento dos idosos dependentes e acamados para reabilitação individual, quando necessário (para o pronto atendimento municipal e para o centro de especialidades médicas);
d) organização dos atendimentos no domicílio, realizado pelo profissional enfermeiro com auxílio do agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem;
e) encaminhamento de idosos ao Centro de Especialidade Médica no município, aonde são ofertados os serviços médicos: angiologista, cardiologista, dermatologista, gastro, geriatra, ginecologista, neurologista, oftalmologista, ortopedista, otorrinolaringologista, psiquiatra, urologista.
f) outros encamihamentos como aos serviços do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Associação de Atenção Psicossocial, Núcleo de Assistência

Social e Casa de Apoio a Mulher em Situação de Violência.

É relevante ressaltar que na ESF são realizadas ações como: pilates, hiperdia e as visitas domiciliares rotineiras com o uso dos (EPIs) necessários para a prevenção da covid 19, pois ainda existe o aparecimento de alguns casos. Após a estabilização do período pandêmico retornaram ações voltadas ao público idoso como: hiperdia que é o programa de controle mensal da pressão arterial e diabetes mellitus, fisioterapia quando necessário por indicação médica, pilates para os que desejam participar e ações mensais que acontecem na unidade de saúde como o setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul entre outras.

Além disso tem-se a avaliação e o acompanhamento com profissionais: psicóloga, nutricionista e fonoaudióloga, quando por encaminhamento do médico ou da enfermeira, avaliação odontológica quando desejado e o acompanhamento quando indicado pelo profissional dentista. Para as mulheres a partir dos 25 anos que já tenham realizado atividade sexual incluindo as idosas é indicado a realização da coleta de material citopatológico (preventivo) e a solicitação do exame de mamografia (exame das mamas) uma vez por ano como prevenção a possíveis doenças, realizado pela profissional enfermeira da unidade de saúde ou profissional médico, a realização de testes rápidos de sífilis, AIDS, hepatite B e hepatite C.

Realiza-se também a administração de imunológicos para atualização do cartão de vacina, a administração de medicamentos quando o usuário encontra-se munido de receita médica, realização de teste rápido para Covid 19, quando o paciente apresenta sinais e sintomas gripais e curativos quando necessário.

Iniciando os resultados, apresenta-se, na Tabela 4, o perfil socioeconômico dos idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Presidente Kennedy.

Tabela 4 - Características referentes ao perfil socioeconômico dos idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Presidente Kennedy no ano de 2022

Variáveis	N n=78	% (100%)
Sexo		
Masculino	37	47,4%
Feminino	41	52,5%
Raça		
Branca	40	51,2%
Parda/preta	33	42,3%
Outros*	5	6,4%
Responsável familiar		
Sim	56	71,1%
Não	22	28,2%
Escolaridade		
Nenhuma	20	25,6%
Ensino Fundamental 1º a 4º séries	35	44,8%
Ensino Fundamental 5º a 8º séries	10	12,8%
Ensino Fundamental Completo	1	1,2%
Ensino Médio, Médio 2º ciclo (científico, técnico etc.)	9	11,5%
Superior	3	3,8%
Situação no mercado de trabalho		
Assalariado sem carteira de trabalho	3	3,8%
Autônomo com previdência social	2	2,5%
Aposentado/pensionista	55	70,5%
Desempregado	1	1,2%
Não trabalha	5	6,4%
Servidor Público/Militar	1	1,2%
Outro**	11	14,1%
Cuidador		
Sim	0	0%
Não	78	100%
Grupo comunitário		
Sim	40	51,2%
Não	38	48,7%
Plano de saúde privado		
Sim	6	7,6%
Não	72	92,3%
Orientação sexual		
Sim	76	97,4%
Não	2	2,5%

Legenda: * outra raça que não as especificadas; ** outra profissão exercida que não as listadas.
Fonte: Elaborado pela Autora (2022), baseada na Ficha A dos idosos assistidos na comunidade analisada

Em relação ao perfil social, o maior grupo de representatividade são as mulheres,

com 52,5%. Analisando-se o estudo e Cavalcanti *et al*. (2018) confirma-se uma população maior de mulheres, por devidos fatores, como hormonais, genéticos, comportamentais e cultural. Também essa informação é confirmada por dados do IBGE (2019) que apresenta que a população feminina é maior do que a masculina.

Quanto ao nível de escolaridade, a maior parte da amostra (44,8%) tem concluído o Ensino Fundamental, 1º a 4º séries. Apenas 3,8% apresentam ensino superior. Percebe-se que a baixa escolaridade é uma realidade muito comum nos idosos. E a influência do baixo nível educacional sobre o resultado deve-se a diversos fatores, entre eles o de nunca terem frequentado a escola e não tiveram a oportunidade de aprender na idade certa; ou gostariam de ter frequentado a escola, mas não fizerem por terem outras responsabilidades, como trabalhar para sustentar a casa; ou por se acharem muito “velhos” para voltar aos bancos escolares (BOFF; GREGORY, 2019).

Devido aos índices significativos de escolaridade baixa observada para o município, outro fator relacionado com a ESF que deve ser destinado a Presidente Kennedy é o retorno ao modelo de cuidados domiciliares, como o proposto na política do idoso (ARAÚJO *et al.*, 2019), mas este não deve ter como única e exclusiva finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades.

A ideia central aqui deve ser a máxima de prestar assistência domiciliar aos idosos com comprometimento funcional, desenvolver programações educacionais e de orientação física, capacitando os idosos para convivência e integração com todos os demais públicos do município (ARAÚJO *et al.*, 2019).

A este caso, deve-se considerar o suporte informal e familiar, que se constitui como um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Em muitos casos é possível que o auxílio familiar seja inexistente e, mais uma vez, grupos de apoio, conversação e integração se mostram coerentes para evitar a elevação de patologias nessa categoria (NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2021).

No que diz respeito ao mercado de trabalho, houve grande representatividade de aposentados/pensionistas (70,55 %), com menos de 10% em força de trabalho ativa. Nesse sentido, em relação à qualidade de vida e saúde, é importante mencionar que

os benefícios previdenciários têm sido importantes estratégias para reduzir a pobreza e as desigualdades na velhice. Em 2014, cerca de 75% de toda a população idosa do país recebeu algum benefício previdenciário, incluindo o Regime Geral de Previdência Social, Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) e benefícios previdenciários (CAMARAN; FERNANDES, 2017).

A proporção de idosas sem renda caiu de 34,3% em 1983 para 12,4% em 2014, sendo ainda menor (cerca de 5%) entre aquelas com 80 anos ou mais. Em 2014, cerca de 80% da renda das mulheres idosas era fornecida por benefícios sociais (CAMARAN; FERNANDES, 2017). Esta é a política fundamental para reduzir os problemas de saúde relacioados com o envelhecimento e a possibilidade dessa população de ter garantia de tratamentos, alimentação saúdável, dentre outros. Na amostra é possível observar que a maior parte (70,5%) vive dos saldos financeiros destinados por benefícios ou aposentadoria.

Em relaçao à cuidadoria, como se pode ver na Tabela 4, 100% dos idosos assistidos não possuem cuidadores, e apenas 51,2% participam de grupos comunitários. Analisando-se a questão de não precisarem de cuidadores, deve-se ao fato de na cidade de Presidente Kennedy possuirem vários programas e projetos socioassistenciais que são voltados para a população de idosos, sendo esses importantes fatores para oportunizar a saúde, pois contribuem para reduzir a velocidade de declínio ou incapacidade, por meio de apoio psicológico, social e médico. Tornando-se mais independentes e ativos, reduzindo também o estresse e depressão desse público (MACHADO, 2021).

Já quanto ao plano de saúde privado, evidencia-se que 7,6% da amostra tem disponibilidade. Isto se deve por dois fatores: (a) que os idosos não têm acesso qualificado e devidamente priorizado no Sistema Único de Saúde (SUS) (CRUZ *et al.*, 2020) – o que implica que, sem planos de saúde privados, o público está menos protegido; e (b) que o acesso a grupos comunitários é fator fundamental para promover a integração e qualidade de vida do idoso (GLIDDEN *et al.*, 2019).

Os dados do perfil sociodemográfico observados nessa pesquisa são lastreados em outras observadas recentemente. A pesquisa de Camarano *et al.* (2017) assume

que dos 76,1% dos idosos aposentados ou pensionistas, 15,6% ainda trabalhavam para complementar a renda. Além disso, da população idosa, 74,4% não tem nenhuma fonte complementar de saúde senão o sistema público, ficando a mercê das políticas gerais de saúde do Estado, que quase nunca priorizam os idosos.
Outra pesquisa, de Passos *et al.* (2020), apresenta que a qualidade de vida dos idosos é comprometida pela inexistência de financiamento em integração e por falta de profissionais de assistência.

O estudo desses autores evidencia que grande parte do atendimento ainda é pouco especializado e, auxiliado com a falta de visão em saúde e conhecimento dessa população, grande parte dos idosos no Brasil não dispõe de recursos para driblar os problemas de saúde, cunho social e financeiro do envelhecimento (CAMARANO *et al.* (2017; PASSOS *et al.*, 2020).

Por fim, a pesquisa de Andríola et al. (2016), enfatizada aqui para efeito de comparação, relata os perfis dos idosos das Unidades de Saúde da Família (UBSF) em Natal, Rio Grande do Norte. Esse estudo também apresenta resultados próximos à Unidade de Saúde da Família de Presidente Kennedy.

Comparando as duas pesquisas, observa-se que as mulheres são a maioria nos atendimentos a idosos nas duas localidades, com maior preponderância (80%) em Natal do que em Presidente Kennedy (52,5%). Os aposentados nas duas localidades compreendem a maioria da população atendida, com 70% em Presidente Kennedy e 86% em Natal.

Estas são as principais orientações em relação ao perfil sociodemográfico e o papel das políticas em previnir a qualidade de vida trazendo recursos aos idosos. A seguir, parte-se para questões relacionadas diretamente com a saúde do grupo apresentado. Estas são apresentadas na Tabela 5, abaixo.

Tabela 5: Características referentes ao perfil condições gerais de saúde dos idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Presidente Kennedy em 2022

Variáveis	N n=78	% (100%)
Tabagismo		
Sim	6	7,6%
Não	72	92,3%
Etilismo		
Sim	2	2,5%
Não	76	97,4%
Outras drogas		
Sim	0	0%
Não	78	100%
HAS		
Sim	47	60,2%
Não	31	39,7%
Diabetes		
Sim	21	26,9%
Não	57	73%
AVC		
Sim	7	8,9%
Não	71	91%
Infarto		
Sim	5	6,4%
Não	73	93,5%
Doença cardíaca		
Sim	5	6,4%
Não	73	93,5%
Hanseníase		
Sim	0	0%
Não	78	100%
Tuberculose		
Sim	0	0%
Não	78	100%
Deficiência		
Sim	0	0%
Não	78	100%

Fonte: Elaborado pela Autora (2022), baseada na Ficha A dos idosos assistidos na comunidade analisada

Quanto às condições gerais de saúde, a maioria são não tabagistas, não etilistas, são hipertensos, poucos são diabéticos, alguns já tiveram AVC, têm outras doenças

cardíacas e nenhum paciente relatou ter hanseníase, tuberculose ou deficiência física.

A amostra entra em acordo com literaturas recentes que afirmam que a hipertensão e a diabetes são patologias com maior alcance aos idosos. No estudo de Santana *et al.* (2019), com uma amostra de 133 idosos, 56,4% apresentaram a doença de forma predominante, com uma taxa de descontrole de 86,2% na maior parte dos casos. Os resultados confirmaram que “há uma necessidade de planejamento e estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, voltadas a idosos hipertensos no âmbito da atenção primária à saúde” (SANTANA *et al.*, 2019, p. 1). Valores próximos foram apresentados na pesquisa geral de Vigitel (2017), em que 60,9% das pessoas com 65 anos possuem pressão alta.

Quanto à diabetes, a pesquisa de Francisco *et al.* (2022) elenca uma prevalência de 27,46% nos idosos brasileiros nos últimos anos, número significativamente próximo aos dados desta pesquisa. O estudo foi realizado com 442 idosos e assumiu que há necessidade de intervenções educativas e ampliação da cobertura de cuidados, com atendimento qualificado e avaliação multiprofissional (FRANCISCO *et al.*, 2022).

Ambos os estudos consideram a atenção primária e políticas públicas fundamentais. Observados estes dados e resultados, é possível estabelecer algumas considerações quanto a importância da Estratégia de Saúde da Família ao cuidado do idoso para esta amostra (Francisco *et al.* 2022; SANTANA *et al.*, 2019).

A PNAB considera a ESF como estratégia prioritária a consolidar a Atenção Primária ao idoso. Nessa perspectiva, embora as previsões legais sejam observadas, é notório que a amostra se percebe defasada no que se busca com a lei, tornando necessários modificações pelo município em que se realizou o estudo.

A expansão do modelo ESF tem sido uma história de contínua adaptação e mudança. Fatores externos, como a mudança do perfil epidemiológico do país e os avanços da tecnologia, têm impulsionado algumas mudanças. À medida que a estratégia passou por pilotos iniciais e estágios iniciais de implementação, novas abordagens foram adotadas; por exemplo, o pagamento por desempenho foi recentemente introduzido para impulsionar a qualidade (NASCIMENTO;

FIGUEIREDO, 2021).

Este pode ser um fator concomitante para trazer não somente mais funcionários ao cuidado do idoso no município como também destinar cuidados para os idosos que estão sem atenção nesse sentido.

Com relação às doenças cardíacas e AVC, outro fator que pode contribuir para os resultados serem positivos é a integração do idoso na comunidade, isto reduz os riscos de saúde, pois como salienta Antunes *et al.* (2019), são muitas vezes definidas por conta da ausência de atividades desta faixa etária. Nesse sentido, todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida estratégia, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade junto de sua família, da forma mais digna, confortável e saudável possível (ANTUNES *et al.*, 2019).

A tal observação, seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital de longa estada, asilo, casa de repouso ou similar, pode ser considerada uma alternativa somente quando falharem todos os esforços anteriores, como é o caso dos grupos de conversação e atividades (ANTUNES *et al.*, 2019).

Analisando-se, a questão do infarto ter apresentado índice baixo, na população estudada, em um estudo de Araújo Neto (2019) demonstra-se que hoje há uma incidência maior de jovens com doenças cardiovasculares, e propensos a infartos, devido aos seus estilos de vida, como sedentarismo, alimentação rica em gorduras saturadas, tabagismo, obesidade, entre outros. E nessa situação os idosos tem se mostrado mais disciplinados com as questões alimentares e de estilo de vida, levando a um consequente aumento da longevidade e adoecendo menos.

As questões relacionadas com a saúde se implicam no aumento de quadro direto de atendimento ao idoso nas unidades (ARAÚJO NETO, 2019). Para este caso, as políticas do município devem reduzir o abandono e a solidão em atividades que são realizadas pelos idosos, evitando complicações psicológicas que podem levar ao uso de álcool, por exemplo (ARAÚJO NETO, 2019).

Por fim, outro ponto importante de ser discutido é a implementação de sistemas

direto de controle e análise em saúde da população idosa nas unidades básicas de saúde em apoio ao controle da qualidade de vida, buscando mitigar os riscos associados a esta população (ANTUNES *et al.*, 2019).

Não reconhecer diretamente as necessidades deste público implica em perda de autonomia dos idosos, fazendo com que estes percam o poder de decidir e fazer suas próprias escolhas (ANTUNES *et al.*, 2019), o que pode interferir em alterações na saúde e também na qualidade de vida deste público.

Cabe informar que para a realização deste estudo limitações foram observadas, como: A primeira foi a questão da Covid-19, pois inicialmente a proposta era fazer a avaliação presencial com os idosos, mas devido à pandemia não foi possível, e utilizou-se de informações registradas no sistema Magnus Vieira – Sistema Integrado de Gestão de Serviços (MV- Sigss); A segunda limitação foi que o referido sistema apresentou-se instável e inoperante em diversas vezes, com falta de informações importantes para o andamento das atividades, impossibilitando um resultado mais completo da situação atual dos idosos de Presidente Kennedy. E também, aponta-se que a pesquisa foi descritiva, do tipo exploratória, não teve como finalidade trazer evidências concretas do que foi estudado, mas sim conhecer e explorar a região para pensar possíveis estratégias a serem feitas. Entretanto essas limitações não trazem impactos ao trabalho.

Diante dos resultados apresentados pela pesquisa é possível entender que as ações realizadas na UBS analisada, como o pilates, hiperdia, planejamento familiar entre outras, contribuíram diretamente no perfil atual dos idosos da população assistida e consequentemente permitindo uma maior expectativa de vida e mais saúde a esse público-alvo. Sendo possível observar que todos os idosos da comunidade estudada não possuem cuidadores, o que demonstra a efetividade das ações voltadas ao longevo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos não podem ser considerados um grupo homogêneo ou uma população homogênea devido a uma variedade de fatores que influenciam a forma como as pessoas envelhecem, como sexo, fatores sociais, econômicos e culturais. Todos esses fatores podem ter grande influência na qualidade de vida e podem ter estreita associação com o envelhecimento saudável.

No Brasil, país em desenvolvimento, com distribuição de riqueza muito desigual, pode-se observar diferenças econômicas, sociais e educacionais muito significativas entre as diferentes populações, e essas diferenças refletem em sua qualidade de vida e saúde como fator de aumento e/ou diminuição da vulnerabilidade dos idosos.

Ao categorizar os idosos em um único grupo de pessoas vulneráveis, pode-se incorrer no erro de estereotipar essa população, pois o conceito de vulnerabilidade é considerado por alguns autores como um rótulo, ou estereótipo, não distinguindo os indivíduos dentro desse grupo. Essa consideração justifica a importância de análises individuais, como o questionário utilizado nesta pesquisa, que analisa indivíduos dentro de um grupo e as políticas do município.

O envelhecimento no Brasil ocorre em um contexto de persistente desigualdade, e dificuldades no sistema de proteção social e aposentadoria, porém, para promover o envelhecimento saudável, é necessário olhar o idoso de forma integral, considerando todas as variáveis que interferem em sua qualidade de vida.

O aumento da proporção da população idosa levanta discussões sobre as necessidades dos idosos, e a amplitude e complexidade do processo de envelhecimento. Este só pode ser entendido em sua totalidade. Não é apenas um fato biológico, mas também um fato social e cultural e para envelhecer bem é preciso ter qualidade de vida e saúde em todos os campos promocionais.

Ficou notório, ao longo desta pesquisa, que o município apresenta políticas que

estão destinadas com a prevenção de saúde e qualidade de vida do idoso, mas ainda existem problemáticas em que percebe-se que a estrutura financeira, cultural e de saúde. Verificou-se que ao se considerar a população idosa da UBS analisada que a maioria era do sexo feminino, brancos, responsáveis familiares, aposentados, cursaram o ensino fundamental, não possuem cuidadores, e participam de grupos comunitários e não possuem plano privado de saúde. Quanto às condições gerais de saúde, a maioria são não tabagistas, não etilistas, tem HAS, poucos são diabéticos, alguns já tiveram AVC, têm doenças cardíacas e nenhum paciente relatou ter hanseníase, TB ou deficiência física.

Este perfil sociodemográfico e as condições de saúde apresentados reforçam a necessidade de se fortalecer a promoção de ações em cuidado na ESF e identificação de fatores que contribuem para os problemas, sendo necessário agregar políticas públicas de saúde voltadas para o cuidado à saúde da pessoa idosa.

Nesse processo a Estratégia de Saúde da Família é considerada a responsável em fazer o vínculo entre as famílias e o sistema de saúde com atuação na identificação dos idosos e da família e tem o perfil de prestação de serviço através do plano municipal de saúde. Implantado em 2017, esse plano municipal, garante o atendimento à população por meio de consultas agendadas, considerando as condições de saúde das pessoas de todas as idades.

Algumas das problemáticas são os recorrentes problemas de saúde relatados pela amostra. Além disto, a falta de aporte financeiro e de planos de saúde de perspectiva privada também é um problema, quando se considera que a saúde pública no Brasil não apresenta a qualidade desenhada pela carta constitucional.

Outro fator é a integração, que se dá por meio do desenvolvimento da educação e dos grupos de apoio, comunicação e conversação. Parte da amostra relatou ter acesso a tais questões, mas um número significativo fica de fora desse campo essencial da ESF, o que enseja mudanças por parte do município.

Desta forma, observados estes entendimentos, alguns desafios são notórios para o

município. O primeiro deles é manter uma oferta adequada de médicos de cuidados primários. Este continua a ser um dos maiores desafios. Há uma forte cultura de especialização entre estudantes de medicina e médicos, com poucos optando por se tornarem generalistas.

A legislação que aumentou a semana de trabalho para médicos de atenção primária e permitiu a entrada de mais de 13.000 médicos de Cuba e de outros lugares só foi parcialmente bem-sucedida em atender à demanda. Em muitas áreas, os municípios têm usado incentivos financeiros para incentivar mais médicos a assumir a atenção primária, e agora há um foco muito maior na atração de médicos estagiários para a atenção primária por meio de residências e campanhas de recrutamento. Mas ainda existem caminhos a percorrer antes que a oferta de cuidados primários seja, de fato, bem desenvolvida e sustentável, e isto vale para Presidente Kennedy.

Outro desafio é expandir o alcance do programa para além das populações de baixa renda. Os ACS agora atendem a dois terços da população no Município; no entanto, a Constituição do Brasil estabelece que a prestação de assistência à saúde é de responsabilidade do Estado, portanto, a plena expansão da ESF é a meta. A principal barreira para a cobertura total é a dependência de cuidados de saúde privados pelas classes média e alta. Uma maior expansão da cobertura pode consequentemente gerar retornos decrescentes.

A ESF se destaca pela capacidade de captar volumes significativos de dados. No entanto, esses dados são pouco utilizados e não explorados para informar a política ou educar o público em geral de forma significativa. Os dados capturados geralmente são sobre processos – por exemplo, o número de pessoas tratadas ou procedimentos realizados – com pouco foco nos resultados. Devem existir planos para desenvolver um sistema complexo de prontuário eletrônico totalmente integrado com padrões de interoperabilidade para a ESF que ajude o município a diagnosticar e reduzir todos os riscos de saúde de idosos.

Finalizando, é importante mencionar que a ESF marca uma mudança na prestação de cuidados básicos de saúde no Brasil, longe de hospitais de alto custo e em direção a cuidados preventivos mais baratos e eficazes. A ESF marca uma mudança

no quadro das políticas públicas na atenção primária à saúde, pois a política pública da atenção básica, com as suas diretrizes, vem efetivar a reorganização da saúde pública no Brasil concretizando o que é preconizado pelo SUS. Também emprega uma abordagem holística que analisa muitos dos determinantes mais amplos da saúde, como desvantagens sociais em moradia ou oportunidades educacionais. Vários estudos demonstram que essa inovação é uma ferramenta poderosa para melhorar os resultados de saúde individual e populacional.

Em linhas gerais, a cobertura ampla da ESF tem sido associada a: estatísticas de mortalidade mais precisas; melhorias nas taxas de amamentação; diminuição da desigualdade e iniquidade na utilização dos cuidados de saúde do idoso; maior redução nas hospitalizações evitáveis por certas doenças crônicas e outras condições sensíveis à atenção primária do idoso e, sem sombra de dúvidas, e integração e a promoção de saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

ABREU, G. C. P. **Política Nacional de Saúde da pessoa idosa:** Discutindo o perfil sócio demográfico, econômico e funcional de idosos restritos ao lar. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória, 2016.

ALVES, J. E. D. Bônus demográfico no Brasil: do nascimento tardio à morte precoce pela Covid-19. **R. bras. Est. Pop**., v.37, 1-18, e0120, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepop/a/M6ZjNHVZRfdcbBwbs9tBkhy/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 04. jun. 2022.

ANDRÍOLA, I. C.; LISBOA, I. N. D.; COSTA, I. S. O. *et al.* O perfil socioeconômico de um grupo de idosos atendidos em unidades básicas de saúde. **ANAIS CNEH**, Campina Grande, 2016. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/artigo/ visualizar/ 24565. Acesso em: 10. jun. 2022.

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. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/kSbbMyX P35VSq94WzR9CyLp/?lang=pt. Acesso em: 15. jul. 2022.

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, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/gZ5Hf78g X5636nR7LFd86ZB/abstract/?lang=pt. Acesso em: 08. jul. 2022.

ARAÚJO NETO, L. A. Muito além da transição epidemiológica: doenças crônicas no século XX. **Hist Ciênc, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 1, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/YXmmBtwjDMNV7YwxRZzvJGz/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 13 jul. 2022.

BAERLOCHER, D.; PARENTE, S. L.; RIOS-NETO, E. Economic effects of demographic dividend in Brazilian regions. **The Journal of the Economics of Ageing**, v. 14, p. 100-198, 2019. Disponível em: https://experts.illinois.edu/en/publ ications/economic-effects-of-demographic-dividend-in-brazilian-regions. Acesso em: 04. ago. 2022.

BARBOSA, A. P.; CONCONE, M. H. V. B. Uma proposta de paradigma: capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. In: FONSECA, S. C. (Org.). **O Envelhecimento Ativo e seus Fundamentos,** 113-125. São Paulo, SP: Portal Edições. 2016. Disponível em: https://www.pucsp.br/sites/default/files /download/posgraduacao/programas/gerontologia/ebook_-_livro_o_env elhecimento_ativo_e_seus_fundamentos.pdf. Acesso em: 12. mai. 2022.

BARBOSA, K.; OLIVEIRA, F.; FERNANDES, M. Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. REVISÃO, **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, suppl 2, Nov 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/yBvHGpXJDHXQyGMKSq CJcsz/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 15. mai. 2022.

BARRETO, M. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/XLS4hCMT6k5nMQy8BJzJhHx/?lang=pt. Acesso em: 06 jun. 2022.

BEZERRA; P.; SANTOS, E. Perfil sociodemográfico e situação de saúde de idosos acompanhados na Atenção Primária de Saúde em uma capital da Amazônia Ocidental. **Kairós – Gerontologia**, v. 23, n. 1. 2020. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50825/33238. Acesso em: 02 jun. 2022.

BOFF, E. GREGORY, T. Avaliação em idosos matriculados em um programa universitário para idosos. **Revista Ouricur**, [S.l.], v.9, n.1, p. 27-41, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/Janice/Downloads/6039-Texto%20do%20artigo-19455-1-10-20191104.pdf. Acesso em: 02 jun. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 mai. 2022.

BRASIL. **Governo do Estado do Espírito Santo**. Governo do ES institui política de atenção à saúde dos idosos. Disponível em: https://saude.es.gov.br/governo-do-es-institui-politica-de-atencao-a. Acesso em: 21 mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**: dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 21 mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994**: Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 21 mai. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n. 2528, de 19 de outubro de 2006**: aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 21 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: MS, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 17 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VII Diretriz brasileira de hipertensão arterial**. v. 107, n. 3, 2017. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pd. Acesso em: 17 mai. 2022.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: avanços e desafios. **Anais da 2ª CNDPI -**

Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília, 2010. Disponível em: https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/old/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/2a-conferencia/8-anais-da-ii-cndpi-2008. Acesso em: 19 mai. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Diretrizes do Programa Vida Saúde**. Publicação Eletrônica, Copywhiter 2022a. Disponível em: http://mds.gov.br/municipiomaiscidadao/politicas-e-programas. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Viver – Envelhecimento Ativo e Saudável (Pró-DH**). Diretrizes do Programa. Distrito Federal (DF), julho/2022b Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/acoes-e-programas/programa-viver-2013-envelhecimento-ativo-e-saudavel. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a política nacional de saúde do idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999.

BRASIL. **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. 2011b.

BRASIL. **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. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 2006.

CAMARANO, A. A. *et al.* **Política nacional do idoso**: Velhas e novas questões. Rio de Janeiro, Brasil: IPEA, 2017. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Pol%C3%ADtica-Nacional-do-Idoso-velhas-e-novas-quest%C3%B5es-IPEA.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.

CAVALCANTI, A. D. *et al.* O envelhecimento ativo e sua interface com os determinantes sociais da saúde. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 15-23, 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904985/gga-v12n1_pt_15-23.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **Envelhecimento ativo**: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Centro Internacional de Longevidade Brasil. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: https://prceu.usp.br/usp60/

wp-content/uploads/2017/07/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Politico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

CRESPO, R. S. **Envelhecimento Humano em Processo**. Brasil Multicultural, 2018.

CRUZ, P. K. R. *et al.* Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Griatr. Gerontol**., V. 23, n. 6, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/Pss8W5BngK 8L6xXYYvm3RqP/?lang=pt. Acesso em: 25 jul. 2022.

DAMACENO, M. J. C. F.; CHIRELLI, M. Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores**. Cien Saude Colet**., v. 24, n. 5, p. 1637–46, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/vhf PWnBm7WQZXFYBdDnHqgD/abstract/?lang=pt. Acesso em: 25 jul. 2022.

DINIZ, José Eustáquio. **População e transição demográfica no Brasil**: 1800-2021. Ecodebate. n. 3700. Julho de 2021. Disponível em: https://www.ecodebate.com.br/ 2021/07/07/populacao-e-transicao-demografica-no-brasil-1800-2100/. Acesso em: 05 mai. 2022.

FERREIRA, F. B. **Desafios do envelhecimento**: a adoção de leis protetivas e projetos de acessibilidade no Município Presidente Kennedy-ES. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa De Misericórdia, Vitória, 2021. Disponível em: https://emescam.br/wp-content/uploads/2021/08/Dissertacao-final-FABIANA-BATISTA-FERREIRA-10.08.2021.pdf. Acesso em: 11 ago. 2022.

FIGUEIRÊDO, D. S. T. O. **Fatores individuais e contextuais associados à incapacidade em idosos brasileiros**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BCCPSR/1/danielle_samara_tavares_de_oliveira_figueir_do.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

FRANCISCO, P. M. S. *et al.* Diabetes mellitus em idosos, prevalência e incidência: resultados do Estudo Fibra. **Rev. Geriat. Gerontol**., v. 25, n. 5, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/4dyfjQrJ66CtRfQtWQJmtHQ/?lang=pt. Acesso em: 13 jul. 2022.

GIOVANELLA, L. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência Saúde coletiva**, Rio de Janeiro vol.23 no.6, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzy b7wzktwhJH/abstract/?lang=pt. Acesso em: 13 jul. 2022.

GLIDDEN, R. F. et al. A participação de idosos em grupos de terceira idade e sua relação com satisfação com suporte social e otimismo. **Bol. - Acad. Paul. Psicol**. [online], v. 39, n. 97, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/ v39n97/a11v39n97.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

GREY, A.; RAE, M. **O fim do envelhecimento**. Science (General), 2018.

GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1185-1204, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/6Y9mMDxxqzzT8Lzww7tXW7N/abstract/?lang=pt. Acesso em: 23 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais, 2020.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br. Acesso em: 22 jun. 2021.

JORNAL DA USP**. Em 2030 Brasil terá a quinta população mais idosa do mundo. 16 de outubro de 2019.** Disponível em: https://jornal.usp.br/atualidades/em-2030-brasil-tera-a-quinta-populacao-mais-idosa-do-mundo/. Acesso em: 20 nov. 2021.

LEMOS, E.T. **Ações da política de assistência social em Presidente Kennedy-ES: Possibilidades de atendimento à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local). Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória, 2021.

LIMA, R. C. de A.; BARBOSA, A. V. B. Natural disasters, economic growth and spatial spillovers: Evidence from a flash flood in Brazil. **Papers in Regional Science**, v. 98, n. 2, p. 905-924, 2019. Disponível em: https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1111/pirs.12380. Acesso em: 20 fev. 2022.

MACHADO, K. R. F. **Situação de saúde da população idosa de Presidente Kennedy de acordo com o sistema de indicadores de saúde e acompanhamento de políticas.** Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória, 2021.

MACINKO J.; MENDONÇA C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 18-37, Set. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 jul. 2022.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: consequências atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr**. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/abstract/?lang=pt. Acesso em: 03 mar. 2022.

NASCIMENTO, H.; FIGUEIREDO, A. Estratégia de saúde da família e idoso com demência: o cuidado pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 119-128, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/zbhkrcjVYTqTJkf8tymd6Cc/?lang=pt. Acesso em: 03 ago. 2022.

NASCIMENTO, M.; DIÓGENES, V. **Transição Demográfica no Brasil**: Um estudo sobre o impacto do envelhecimento populacional na previdência social. In: RECFin. v. 8, n. 1. 2020. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/recfin/

article/view/45463. Acesso em: 13 mar. 2022.

NOBERTO, A. Z. F. *et al.* **Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento**. RJ, 2019.

NOGUEIRA, I. S.; BALDISSERA, V. D. A. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família., **Rev. Enf.** v. 22, n. 2, p. 19, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15252/18040. Acesso em: 13 ago. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008** – Cuidados de Saúde Primários. 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43949/9789244563731_por.pdf;jsessionid=3F0D1B5D933CB38C8F766FCE1D37035E?sequence=4. Acesso em: 15 mar. 2022.

OTTONI, M. A. **Envelhecimento populacional e morbidade de idosos no Brasil**: uma avaliação do impacto de indicadores socioeconômicos à luz das peculiaridades regionais. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Social) Universidade Estadual de Montes Claros, 2020. Disponível em: https://www.posgraduacao.unimontes.br/uploads/sites/20/2021/03/TESE-MAXIMO-ALESSANDRO-MENDES-OTTONI-1.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

PASSOS, V. M.A. *et al.* The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: results of the Global Burden of Disease Study 2017. **Popul Health Metrics**, v. 18, n. 14, 2020. Disponível em: https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-020-00206-3.. Acesso em: 20 jul. 2022.

PEREIRA, K. C. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Rev. Enferm**., v. 33, n. 4, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/7PMpFJfsFgRttD3QrqMLBWK/?lang=pt. Acesso em: 18 jul. 2022.

PRESIDENTE KENNEDY. **Plano de Desenvolvimento**. 2017. Disponível em: https://www.portocentral.com.br/wp-content/uploads/2018/07/Livro-para-o-site.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.

PRESIDENTE KENNEDY. Prefeitura, 2021. Disponível em: https://www.presidentekennedy.es.gov.br. Acesso em: 21 jul. 2017.

PRESIDENTE KENNEDY. **Lei nº 738, de 07 de agosto de 2007**. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal do Idoso e dá outras providências. Presidente Kennedy-ES: 2007. Disponível em: http://legislacaocompilada.com.br/kennedy/Aruivo/Documents/legislacao/html/L7382007.html. Acesso em: 03 set. 2022.

REIS, C.; BARBOSA, L. M. de L. H.; PIMENTEL, V. P. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, n. 44, p. 87-124, 2017. Disponível em: https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/9

955/2/BS%2044%20O%20desafio%20do%20envelhecimento%20populacional%20na%20perspectiva%20sistemica%20da%20saude_P.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

RODRIGUES, N.; NERI, A. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. In: **Ciência e Saúde Coletiva.** ABRASCO – Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/hXdPHHxLVdyNz3SGqZrJxNC/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 mar. 2022.

ROMERO, D. E. *et al.* Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Rev Eletrônica Comun Informação e Inovação em Saúde.,** v. 13, n. 1, p. 134-57, 2019. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1569/2252. Acesso em: 09 jul. 2022.

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. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória, 2019.

SANTANA, B. S. *et al.* Hipertensão arterial em idosos acompanhados na atenção primária: perfil e fatores associados. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/yG9xkGYb7zCn78R8znRGnQS/abstract/?lang=pt. Acesso em: 09 jul. 2022.

SANTOS, A. S. *et al.* Estudo de base populacional: perfil sociodemográfico e de saúde em idosos. **Revista de Enfermagem** da UERJ, v. 16, 2018. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/21473/26520. Acesso em: 06 mar. 2022.

SANTOS, S. L.; TURRA, C.; NORONHA, K. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S.l.],v. 35, n. 2, p.1-30, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepop/a/Mh8tvhW3PtJQWK7WmKSF5bp/?lang=pt. Acesso em: 06 jul. 2022.

SESA. **Resolução do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa –CEDDIPI - nº. 005/2021, de 23 de março de 2021**. Dispõe sobre Diagnóstico, Plano de Ação e Plano de Aplicação dos recursos do Fundo Estadual para a Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa para o biênio 2021/2022. Vitória, ES: 2021. Disponível em: https://sedh.es.gov.br/Media/sedh/DOCUMENTOS%202021/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20005-%20Anexo%20I,%20II%20e%20III-%20CEDDIPI%202021.pdf. Acesso em: 06 jul. 2022.

SILVA, M. M. Estratégia Saúde da Família: Um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil. **Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias**, v. 6, n. 2, dez/2019. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/

20210618114028.pdf. Acesso em: 06 jul. 2022.

SILVA, M. C.P. **Prevalência e fatores associados à existência de cuidadores em idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família em Vitória-ES à luz das políticas de saúde voltadas à pessoa idosa.** Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória, 2022.

SOUSA, F. J. D. de *et al.* Perfil Sociodemográfico e Suporte Social de Idosos na Atenção Primária. **Revista Eletrônica Enfermagem UFPE online**. Recife, v.12, n 4, p.824-31, abr., 2018. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22855/28608. Acesso em: 06 mar. 2022.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Serviço Social e Envelhecimento**. Teresina: EDUFPI, 2020. Disponível em: https://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/Livro_SERVI%C3%87O_SOCIAL_E_ENVELHECIMENTO_E-BOOK-120201020195516.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

VEDANA, L. O Programa Da Saúde Da Família como estratégia de atenção básica primaria para o Sistema Único De Saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 5, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-da-familia. Acesso em: 05 ago. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE I - FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAIS

FICHA DE COLETA DE DADOS – Idosos

Características Socioeconômicas

US:_____ Equipe:_____ MA:_____

Família:_____

CNS:_____ Idade:_____ Sexo: 1.Masculino 2. Feminino

Raça/Cor: 1. Branco 2.Pardo/Preta 3. Outros_____

Cidadão é o responsável familiar? 0. Não 1. Sim

Escolaridade em anos:

1. Nenhuma
2. Ensino fundamental 1ª a 4ª série
3. Ensino fundamental 5ª a 8ª séries
4. Ensino fundamental completo
5. Ensino médio, médio 2º Ciclo (Científico, Técnico, etc.)
6. Superior

Situação no mercado de trabalho:

1. Assalariado sem carteira de trabalho
2. Autônomo com previdência social
3. Aposentado/pensionista
4. Desempregado
5. Não trabalha
6. Servidor público/Militar
7. Outro

Frequenta cuidador tradicional? 0. Não 1. Sim

Participa de algum grupo comunitário? 0. Não 1. Sim

Possui plano de saúde? 0. Não 1. Sim

Deseja informar orientação sexual? 0. Não 1. Sim

Se sim, qual? 1. Heterossexual 2. Bissexual 3.Homossexual (gay/lésbica).

Condições gerais de saúde

Hábitos de vida

Está fumante? 0. Não 1. Sim

Faz uso de álcool? 0. Não 1. Sim

Faz uso de outras drogas? 0.Não 1. Sim

Doenças associadas

Tem Hipertensão Arterial? 0. Não 1. Sim

Tem Diabetes? 0. Não 1. Sim

Teve AVC/Derrame? 0. Não 1.Sim

Teve Infarto? 0. Não 1.Sim

Tem doença Cardíaca/do Coração? 0.Não 1. Sim,

Se sim, indique qual(is): 1.Insuficiência cardíaca 2.Outra 3.Não sabe

Está com Hanseníase? 0. Não 1. Sim

Está com Tuberculose? 0. Não 1. Sim

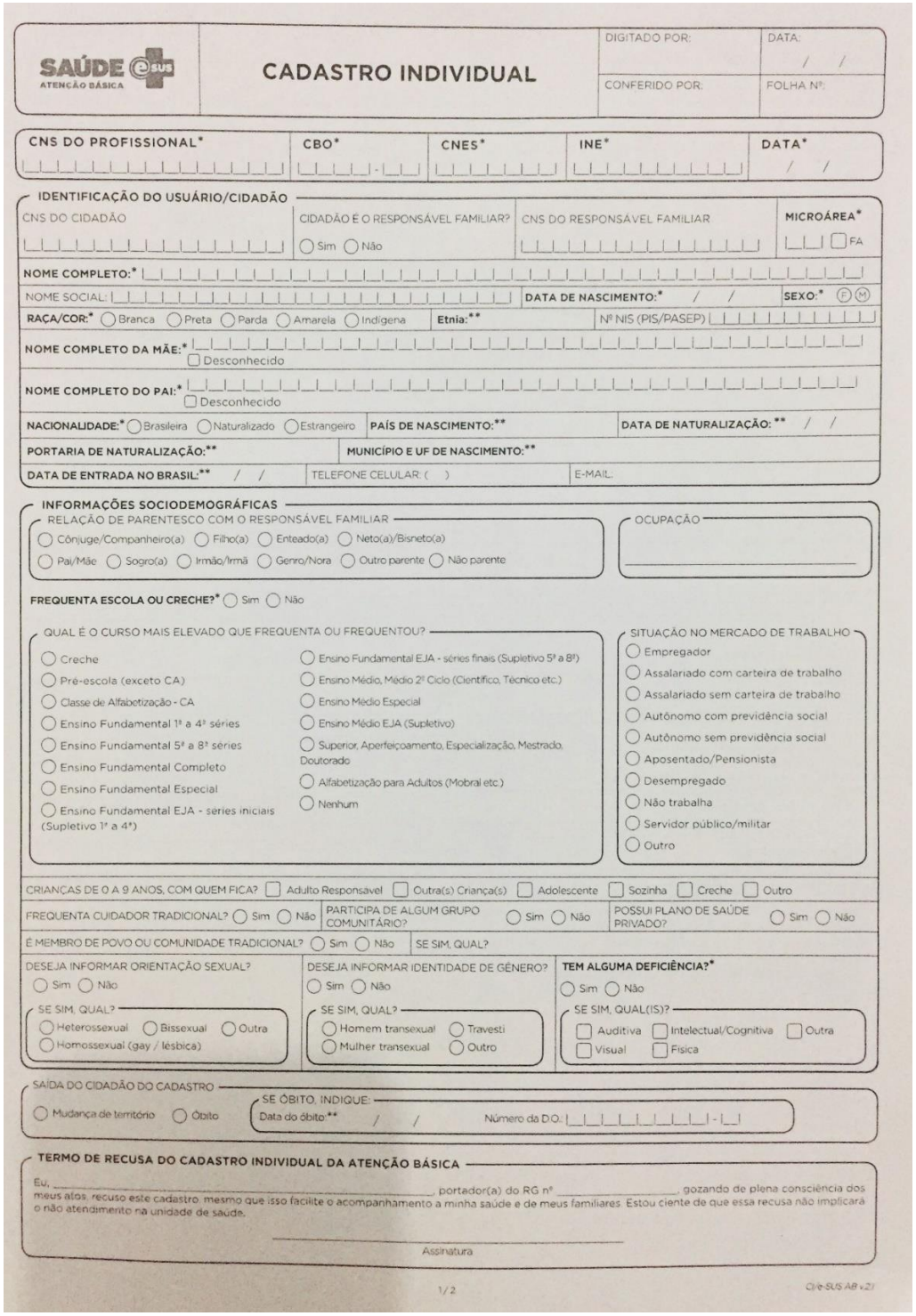
Existência de Deficiência? 0. Não 1. Sim

Se **sim, quais?** 1.Auditiva 2. Intelectual/Cognitiva 3. Visual 4. Física 5.Outra

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde.

ANEXOS

ANEXO I – FICHA A – CADASTRO INDIVIDUAL



SAÚDE e SUS ATENÇÃO BÁSICA

CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR: | DATA: / /

CONFERIDO POR: | FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|-|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	◯ Sim ◯ Não	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_| ☐ FA

NOME COMPLETO:* \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?
◯ Abaixo do Peso ◯ Peso Adequado ◯ Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ◯ Sim ◯ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ◯ Sim ◯ Não

TEM DIABETES? ◯ Sim ◯ Não

TEVE AVC/DERRAME? ◯ Sim ◯ Não

TEVE INFARTO? ◯ Sim ◯ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? ◯ Sim ◯ Não

TEM OU TEVE CÂNCER? ◯ Sim ◯ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ ACAMADO? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ DOMICILIADO? ◯ Sim ◯ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ◯ Sim ◯ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL? 2 - QUAL? 3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* ◯ Sim ◯ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?
◯ < 6 meses ◯ 6 a 12 meses ◯ 1 a 5 anos ◯ > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ◯ Sim ◯ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ◯ Sim ◯ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?
◯ 1 vez ◯ 2 ou 3 vezes ◯ mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?
☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ◯ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Microárea: usar **01** a **99** para o número da microárea.
FA: Fora de Área
***Campo obrigatório**
****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

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

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil sociodemográfico e condições/situações de saúde em idosos assistidos em duas UBS no município de Presidente Kennedy: discutindo fatores associados

Pesquisador: MARCELA SANTANA DE OLIVEIRA
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 50702421.0.0000.5065
Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.945.261

Apresentação do Projeto:
Trata de uma pesquisa aplicada com abordagem quantitativa por meio de um estudo transversal que busca verificar a associação entre o perfil sociodemográfico e as condições/situações de saúde gerais dos idosos assistidos por duas UBS no município de Presidente Kennedy. A coleta de dados será feita por meio das fichas domiciliares e individuais dos idosos contidas no sistema MV/prontuário eletrônico. Serão coletadas informações quanto: idade, sexo e orientação sexual, relação de parentesco com o responsável familiar; ocupação; escolaridade; situação no mercado de trabalho; existência de cuidador, participação de grupo comunitário; existência de plano de saúde.
Quanto às condições gerais de saúde serão levantadas as informações: hábitos de vida; doenças associadas e existência de deficiência.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Verificar a associação entre o perfil sociodemográfico e as condições/situações de saúde gerais

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

dos idosos assistidos por duas UBS no município de
Presidente Kennedy.
Objetivo Secundário:
a) Identificar o perfil sociodemográfico dos idosos quanto: idade, sexo e orientação sexual, relação de parentesco com o responsável familiar,ocupação, escolaridade, situação no mercado de trabalho, existência de cuidador, participação de grupo comunitário, existência de plano de saúde;
b) Caracterizar as condições/situações de saúde gerais quanto: hábitos de vida, doenças associadas e existência de deficiência;
c) Observar a associação entre as variáveis sociodemográficas com as situações de saúde dos idosos assistidos por duas UBS no município de Presidente
Kennedy;
d) Propor ações a partir do diagnóstico realizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
É mínimo e está relacionado ao procedimento e coleta dos dados no sistema das UBS.
Benefícios:
Identificar, avaliar e planejar ações preventivas de diferentes aspectos das condições de saúde, além de integrar os cuidados para definir uma
adequada estratégia voltada para a população idosa que busca a Atenção Primária, promovendo o envelhecimento saudável de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Esses são dispositivos que proporcionam a melhoria nos serviços prestados a essa população e também colabora para a área do saber em nosso trabalho, produzindo assim, conhecimento científico e sugere atuações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa relevante pois a garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade para a população idosa apresenta-se como novo desafio para o planejamento da atenção à saúde. O conhecimento das necessidades da terceira idade, principalmente na
comunidade, assim como dos fatores que determinam o uso de serviços de saúde e as condições sociais, são importantes para subsidiar o planejamento da atenção à saúde a essa faixa etária.

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

Continuação do Parecer: 4.945.261

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos de apresentação obrigatória: projeto, carta de anuência e folha de rosto.

A pesquisadora justifica a solicitação de dispensa do TCLE pedido de dispensa pelo fato do público alvo da pesquisa ser a população idosa e em função do momento atual da manutenção da pandemia do COVID 19 e pelo fato desse grupo ser altamente vulnerável a ocorrência desse vírus e nem todos os idosos estão vacinados.

Sendo importante ressaltar que a pandemia persiste apesar dos esforços da vacinação em massa e soma-se a este fato que as comunidades a

serem estudadas têm condições socioeconômicas fragilizadas e acesso limitado aos meios eletrônicos como email, sms, watsapp, etc. Destaca-se

que o município de Presidente Kennedy estar em alto risco para a transmissão do vírus de acordo com mapa de gestão de risco para ações

qualificadas de enfrentamento a COVID 19 divulgado pelo Governo do Estado do Espírito Santo.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo a aprovação do projeto.

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	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	11/08/2021		Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **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 - EMESCAM

Continuação do Parecer: 4.945.261

Básicas do Projeto	ETO_1748403.pdf	15:31:46		Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	11/08/2021 15:29:13	MARCELA SANTANA DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.docx	10/08/2021 20:03:43	MARCELA SANTANA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Apendice.pdf	09/07/2021 15:24:56	MARCELA SANTANA DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartadeAnuencia.pdf	09/07/2021 15:18:30	MARCELA SANTANA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

VITORIA, 31 de Agosto de 2021

Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))

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