

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

MIRELA SCHULTZ MESQUITA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO DE BOA
ESPERANÇA DE PRESIDENTE KENNEDY: DISCUTINDO FATORES
ASSOCIADOS AOS IDOSOS ADSTRITOS À COMUNIDADE QUILOMBOLA**

VITÓRIA-ES

2022

MIRELA SCHULTZ MESQUITA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO DE BOA
ESPERANÇA DE PRESIDENTE KENNEDY: DISCUTINDO FATORES
ASSOCIADOS AOS IDOSOS ADSTRITOS À COMUNIDADE QUILOMBOLA**

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

M582p Mesquita, Mirela Schultz
Perfil sociodemográfico e condições de saúde do idoso de Boa Esperança de Presidente Kennedy : discutindo fatores associados aos idosos adstritos à comunidade quilombola / Mirela Schultz Mesquita. - 2022.
78 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame

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

1. Saúde do idoso – Presidente Kennedy (ES). 2. Idoso – comunidade quilombola – Presidente Kennedy (ES). 3. Atenção primária da saúde. 4. Políticas públicas. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 305.26

MIRELA SCHULTZ MESQUITA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO DE BOA
ESPERANÇA DE PRESIDENTE KENNEDY: DISCUTINDO FATORES
ASSOCIADOS AOS IDOSOS ADSTRITOS À COMUNIDADE QUILOMBOLA**

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.

Aprovada em 23 de setembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM
(Orientadora)

Prof^a Dr^a. Janice Gusmão Ferreira de Andrade
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM
(Banca Interna)

Prof. Dr. Gerson Scherrer Júnior
Universidade Anhembi Morumbi-UAM/SP
(Banca Externa)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma fortaleceram minha fé e me ajudaram a seguir firme no meu desenvolvimento pessoal, incluindo a elaboração desse trabalho.

Em especial para a minha mãe Maria Angélica, que desde muito cedo me ensinou o valor do conhecimento e da responsabilidade pelas minhas escolhas. E a minha orientadora, Luciana, que foi solícita e sempre disponível para me ajudar e por compartilhar do seu saber. Também agradeço a minha família pela benção de ser parte de uma e a Deus por sua força e proteção diárias em minha vida.

RESUMO

Diante do crescimento do envelhecimento populacional na sociedade, fatores que determinam a vulnerabilidade dos idosos tornam-se pontos a serem observados, principalmente em comunidades específicas, como é o caso dos quilombos. Este estudo teve como objetivo verificar a associação das características do perfil sociodemográfico e as condições de saúde em idosos adstritos à uma comunidade quilombola de uma Unidade de Saúde da Família de Presidente Kennedy/Espírito Santo. Realizou-se pesquisa quantitativa, transversal, com coleta retrospectiva no sistema de informação MV-Sigss dos idosos (>60anos) do município. Participaram da pesquisa 151 idosos, destes, 49% são adstritos a comunidades quilombolas, e coletaram-se informações sobre o perfil sociodemográfico e as condições de saúde. Realizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, considerando como desfecho ser adstrito à comunidade quilombola. Quanto ao perfil geral, verificou-se que a maioria dos idosos concentrava-se na faixa etária de 60 a 79 anos (85%), os homens predominam com 54%, quanto a cor ou raça cabe destacar o alto percentual (44%) dos que se autodeclararam pardos, dentre o nível da escolaridade prevalece, com 66%, o Ensino Fundamental completo ou incompleto. No mercado de trabalho observou-se que a maior parte dos idosos eram aposentados (62%). Constatou-se também, que a maioria não possui cuidador e não participam de grupo comunitário (97%). Quanto ao hábito de vida, 83% não fumam, 91% não fazem uso de bebida alcoólica e 99% não fazem uso de outras drogas. Verificou-se associação ($p < 0,05$) dos idosos adstritos à comunidade quilombola em ser da etnia preta, possuindo pouca escolaridade, em geral, além de sua grande maioria ser aposentado. Ao se associar as condições de saúde, verificou-se que hipertensão, cardiopatia e deficiência foram mais recorrentes aos idosos da comunidade quilombola. Conclui-se que existem diferenças importantes quanto ao perfil sociodemográfico e as condições de saúde ao associar os idosos adstritos à comunidade quilombola. Os resultados apresentados poderão contribuir para capacitar técnicos e profissionais, desenvolvendo, por sua vez, políticas inclusivas em virtude do progressivo crescimento populacional destes indivíduos.

Palavras-chave: Idoso. Perfil Sociodemográfico. Comunidade Quilombola. Atenção Primária da Saúde. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Faced with the growth of population aging in society, factors that determine the vulnerability of the elderly become points to be observed, especially in specific communities, such as the quilombos. This study aimed to verify the association of the characteristics of the sociodemographic profile and the health conditions in elderly people enrolled in a quilombola community of a Family Health Unit in Presidente Kennedy/Espírito Santo. A quantitative, cross-sectional study was carried out with retrospective collection in the MV-Sigss information system, of the elderly (>60 years) in the municipality. A total of 151 elderly people participated in the research, of which 49% are attached to quilombola communities, and information was collected on the sociodemographic profile and health conditions. Pearson's chi-square test was performed, considering the outcome to be associated with the quilombola community. As for the general profile, it was found that the majority of the elderly were concentrated in the age group from 60 to 79 years (85%), men predominated with 54%, as for color or race, the high percentage (44%) should be highlighted. of those who declared themselves mixed race, among the level of schooling, 66% had complete or incomplete Elementary School. In the labor market, it is observed that most of the elderly were retired (62%). It was also found that the majority (97%) do not have a caregiver and do not participate in a community group. As for lifestyle habits, 83% do not smoke, 91% do not use alcohol and 99% do not use other drugs. There was an association ($p < 0.05$) of the elderly belonging to the quilombola community in being of black ethnicity, having little schooling in general, in addition to the vast majority being retired. When associating the health conditions, it was found that hypertension, heart disease and disability were more recurrent among the elderly in the quilombola community. It is concluded that there are important differences regarding the sociodemographic profile and health conditions when associating the elderly assigned to the quilombola community. The results presented may contribute to training technicians and professionals, developing, in turn, inclusive policies due to the progressive population growth of these individuals.

Keywords: Elderly. Sociodemographic Profile. Quilombola Community. Primary Health Care. Health policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico de taxas de mortalidade e fecundidade nos anos de 1940, 2000 e 2010.....	28
Figura 2 - Total estimado de localidades quilombolas em 2019.....	42
Figura 3 - Pilares das intervenções sobre os determinantes sociais.	46

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Características do perfil sociodemográfico e hábitos de vida de idosos adstritos ou não em uma comunidade quilombola assistidos por uma Estratégia de Saúde da Família de Presidente Kennedy.....48
- Tabela 2 - Condições de saúde de idosos adstritos ou não em uma comunidade quilombola assistidos por uma Estratégia de Saúde da Família de Presidente Kennedy.....55

LISTA DE SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ANG	Associação Nacional de Gerontologia
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEI	Conselho Estadual do Idoso
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
COVID	Coronavírus <i>Disease</i>
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EI	Estratégia de Saúde da Família
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FCP	Fundação Cultural de Palmares
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MS	Ministério da Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional da Saúde do Idoso

PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	JUSTIFICATIVA	17
2	METODOLOGIA	19
2.1	TIPO DE ESTUDO	19
2.2	LOCAL DO ESTUDO	19
2.3	AMOSTRA.....	20
2.3.1	Critérios de inclusão e exclusão	21
2.4	PROTOCOLO DE ESTUDO.....	21
2.4.1	Perfil sociodemográfico e hábitos de vida	21
2.4.2	Condições gerais de saúde	22
2.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	22
2.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	22
3	OS DESAFIOS DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL PARA A POPULAÇÃO IDOSA	24
3.1	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E AUMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA ...	25
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POULAÇÃO IDOSA	30
4	POLÍTICA DE SAÚDE, IGUALDADE RACIAL E OS PROCESSOS IDENTITÁRIOS DA POPULAÇÃO NEGRA	36
4.1	BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DO NEGRO E AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS	36
4.2	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)	43
5	FATORES ASSOCIADOS QUANTO AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE EM IDOSOS ADSTRITOS À UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE PRESIDENTE KENNEDY	47
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS ADSTRITOS OU NÃO À COMUNIDADE QUILOMBOLA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY.....	47
5.2	CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS ADSTRITOS OU NÃO EM COMUNIDADE QUILOMBOLA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59

REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICE.....	70
APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS*	71
ANEXO	73
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	74

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil vem aumentando notadamente nos últimos anos, resultando assim, em um aumento da população acima dos 60 anos. Em consequência dessa mudança demográfica faz-se necessário novos tratamentos e cuidados, considerando o envelhecimento um processo natural das funções bioquímicas, físicas e mecânica dos seres humanos (BOFF; GREGORY, 2019).

O declínio da fecundidade tem sido o principal fator responsável pelas mudanças na estrutura etária da população brasileira, e espera-se que os ganhos de longevidade desempenhem um papel crescente nas próximas décadas (SANTOS; TURRA; NORONHA, 2018). Outro fator de crucial importância é o aumento da expectativa de vida, consequente dos avanços tecnológicos e melhorias das condições de vida e acesso aos serviços de saúde, fruto das políticas públicas de saúde. Assim, o atual cenário observado no Brasil é de redução do grupo das crianças, em virtude da queda acentuada da fecundidade e do progressivo aumento do grupo de idosos, com a elevação da expectativa de vida, fruto da melhoria das condições sociais e econômicas (OLIVEIRA, 2019).

Muito embora esse processo tenha conquistado maior visibilidade nos últimos anos, continua sendo negado por grande parcela da sociedade, até mesmo pelos formuladores de políticas públicas sobre as suas consequências. A drástica mudança no padrão demográfico demonstra ser uma das mais significativas alterações na estrutura da sociedade brasileira, com modificações na pirâmide etária e diminuição do crescimento da população com até 14 anos, que é reflexo do menor número de nascimentos, e de outro, no aumento da População Economicamente Ativa (PEA) e do segmento idoso (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Conceitualmente, na maioria dos países desenvolvidos o indivíduo é considerado idoso a partir dos 65 anos. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, considera-se idoso o indivíduo com 60 anos em diante (FIGUEIRÊDO, 2019). Por conseguinte, o nosso país tem enfrentado um aumento significativo do número de idosos, com mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população do país, além do aumento significativo da expectativa de vida

(IBGE, 2018). E esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas, segundo a Projeção da População, também divulgada em 2018 pelo IBGE, reforçando a importância do desenvolvimento de ações de saúde que reforçarão o processo natural da senescência (IBGE, 2018).

Assim, o processo do envelhecimento humano vem seguido de modificações biológicas e psicológicas, ou seja, de um desgaste físico e funcional do corpo e da mente, assim como de uma redução das respostas fisiológicas às ações do ambiente em que o idoso está inserido (NERI, 2006). Além disso, os determinantes sociais aos quais os indivíduos ficam expostos ao longo da vida podem causar vulnerabilidades que resultam em doenças e/ou agravos em saúde, desencadeando incapacidades nos idosos. Além das morbidades, as circunstâncias sociais podem influenciar a forma como se envelhece e determinar a saúde ou o adoecimento (FIGUEIRÊDO, 2019).

Desse modo, há que se ressaltar que, apesar dos determinantes sociais da saúde (DSS) interferirem no bem-estar, na qualidade de vida e na funcionalidade dos idosos, estes determinantes, por vezes, pouco são considerados nas intervenções e nas políticas sociais (GEIB, 2012). Por essa razão, é imperioso romper com o paradigma biomédico e dar vez a uma abordagem integral, que é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, e que assegura equidade e uma atenção em saúde voltada prioritariamente para as atividades preventivas (FIGUEIRÊDO, 2019).

Então, para atender a esse princípio, na atenção em saúde, são necessárias ações governamentais intersetoriais, transversais e políticas sociais para dar respostas às necessidades de saúde da população idosa, numa perspectiva de promover saúde e um envelhecimento saudável, com vistas a manter a funcionalidade, a independência e a autonomia desses sujeitos (FIGUEIRÊDO, 2019).

Os fatores sociais, especialmente, os contextuais socioeconômicos, podem estar associados à incapacidade. Sabe-se que podem existir diferenças na ocorrência de incapacidade, quando se consideram aspectos como o contexto ambiental socioeconômico, o sexo, a escolaridade, o acesso a serviços de saúde, a região de moradia e outros determinantes sociais da saúde (FIGUEIRÊDO, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as bases para um envelhecimento saudável, destacando a equidade no acesso aos cuidados de saúde e o desenvolvimento continuado de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Desta forma, a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, a Política Nacional de saúde do idoso (PNSI), Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, o Estatuto do Idoso (EI), Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria nº 2.528, de 20 de outubro de 2006 são dispositivos que norteiam ações sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado à proteção dos mesmos (MARTINS *et al.*, 2007).

Porém, é sabido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã de compromisso com a promoção da vida e do bem-estar, e envolve ações em que o Estado, o profissional e a sociedade civil precisam ser corresponsáveis (MARTINS *et al.*, 2007). Um pouco mais tarde, a Portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, reforça que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006).

Isto posto, Guedes (2017) refere que, o envelhecimento populacional tem gerado novas demandas para os sistemas de saúde públicos e privados em todo o mundo. O caminho para o cuidado integral parece ainda não estar claro para os profissionais da saúde, gestores e para os usuários de nossos sistemas de saúde. Para a área da saúde, o processo de envelhecimento se caracteriza por sua complexidade, para o qual é necessária uma abordagem interdisciplinar, buscando associar conteúdo das ciências médicas, sociais, da psicologia e conhecimentos político-geográficos, entre outros, exigindo de seus profissionais uma qualificação específica para o tratamento deste segmento da população (GUEDES, 2017).

Neste sentido, Pascoal (2021) refere que a Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de atenção cujo os atributos cooperam para resolver a maioria dos problemas de saúde da população idosa, reduzindo intervenções desnecessárias, ampliando o acesso aos serviços e favorecendo a atenção integral aos diferentes problemas. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo brasileiro de efetivação da APS,

fundamenta-se na atenção à saúde ao idoso e seu cuidador, incluindo ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos (PASCOAL, 2021).

Outro ponto importante é que cabe às Equipes da ESF conhecerem as realidades das famílias adstritas em seus territórios, mobilizarem e envolverem os indivíduos idosos em grupos e propostas que façam com que eles se tornem personagens atuantes de suas próprias condições de saúde (SOUSA *et al.*, 2018). Desta maneira, este projeto é de maior relevância ao considerar o grupo a ser estudado, que são idosos assistidos por uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família no município de Presidente Kennedy, cadastrados em três microáreas, destaca-se, que duas dessas, são pertencentes à população quilombola.

Existem, atualmente, no Brasil, por volta de 3.168 comunidades quilombolas, sendo que, apenas 218 destas estão tituladas com suas terras, o equivalente a apenas 8,7% do total de comunidades quilombolas certificadas no país. Sendo assim, a maior parte das comunidades não são certificadas, o que inclui a comunidade quilombola de Presidente Kennedy, mas a comunidade possui a certidão de autorreconhecimento da Fundação Palmares¹. Destaca-se que, a população dessas comunidades apresentam uma situação particular de vulnerabilidade e risco social e se constituem entre os que possuem os menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH)² (GEDRAT; ALVES; SILVA, 2020).

Diante do exposto, a presente pesquisa se propõe a responder a seguinte pergunta: Existe associação entre o perfil sociodemográfico e as condições de saúde dos idosos adstritos à uma comunidade quilombola de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Presidente Kennedy?

¹ Informação obtida por meio de conversa com a Sr^a Tânia Márcia Hora Ferreira, líder comunitária.

² Marcação que aponta os níveis de desenvolvimento, utilizando os critérios indicadores de educação, longevidade e renda, avaliado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD - ONU).

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema surgiu mediante uma experiência profissional e de uma observação não sistemática que evidenciou uma realidade sobre o perfil sociodemográfico e as condições de saúde gerais de idosos adstritos ou não em uma comunidade quilombola. Estas diferenças despertaram o interesse de tornar relevante a necessidade de reconhecer que essa questão é um problema de saúde pública caso não se considere o processo de envelhecimento um fator relevante para cuidados mais eficazes.

A população idosa, de forma geral, vem crescendo significativamente, com o aumento da expectativa de vida dessa população, devemos pensar na saúde desses indivíduos, oferecendo serviços médicos e de prevenção de doenças. Assim, o envelhecimento populacional traz consigo perdas físicas, sociais e emocionais. Por conseguinte, por se tratar também de idosos dos grupos étnico-raciais das comunidades quilombolas, o objeto da pesquisa irá verificar os fatores associados às características do perfil sociodemográfico e as condições de saúde dos idosos adstritos³ à comunidade quilombola de uma Estratégia de Saúde da Família do município de Presidente Kennedy.

A partir destas considerações, o estudo proposto consiste na análise das informações coletadas do cadastro individual, domiciliar e o questionário autorreferido de condições de saúde dessa população, destacando, neste contexto, a contribuição de ações efetivas dentro da Estratégia de Saúde da Família para atender esse grupo, garantindo a acessibilidade ao serviço de saúde, idealizando um novo protocolo e uma melhor assistência no que se pensa em um planejamento efetivo, contribuindo com outros profissionais, conhecimentos e tendo assim, um ganho social para o envelhecimento e a consolidação das políticas de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Para atender a esta meta, o presente estudo tem como **objetivo geral** verificar a associação das características do perfil sociodemográfico e as condições de saúde

³ Que permanece unido ou ligado a algo, sensação de pertencimento (DICIO, 2021).

em idosos adstritos à uma comunidade quilombola de uma Unidade de Saúde da Família de Presidente Kennedy/Espírito Santo. Dentre esses estudos, buscou-se, como **objetivos específicos**: Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos adstritos ou não em uma comunidade quilombola quanto: a idade, ao sexo, a escolaridade, a situação no mercado de trabalho, a existência de cuidador, a participação de grupo comunitário, a existência de plano de saúde; Identificar as diferentes condições de saúde gerais dos idosos adstritos ou não em uma comunidade quilombola em relação: a hábitos de vida, a doenças associadas e a existência de deficiência e associar as variáveis sociodemográficas e as condições de saúde, considerando os idosos adstritos ou não em uma comunidade quilombola.

A presente dissertação estrutura-se de modo que a introdução explicita o aumento da população idosa brasileira, a qual ocorre justamente por melhorias na qualidade de vida. Corroborando que para obter um envelhecimento saudável seria necessário melhorar mais a qualidade de vida na população e para isso seriam necessárias ações de políticas públicas para a saúde e para o idoso, além de possuir melhores controles territoriais da população idosa, tais como a ESF. Em seguida, é apresentado o capítulo 2, que explica a metodologia realizada para o desenvolvimento do trabalho, onde apresentam-se todos os protocolos dos perfis a serem considerados pela coleta de informações, métodos de análise de dados, métodos de validação e as questões éticas que foram seguidas.

No capítulo 3 aborda-se, mais profundamente, sobre a implantação das Políticas Públicas de Saúde para a população idosa e seus desdobramentos. Além disso, alude-se sobre o crescimento do envelhecimento populacional e da transição demográfica que ocorreram e estão ocorrendo no decorrer dos anos. No capítulo 4, por sua vez, são apresentadas as Políticas Nacionais de Saúde integral da população negra, abordando, principalmente, as políticas inclusivas para quilombolas e negros. No capítulo 5 trata-se de apresentar o resultado e a discussão da pesquisa de campo realizada com idosos quilombolas e não quilombolas de uma Estratégia de Saúde da Família de Presidente Kennedy, aplicando então, o método estatístico e obtendo os resultados. Por fim, são realizadas as considerações finais do trabalho, onde são discutidas as conclusões obtidas a partir dos resultados, de modo a explicitar a contribuição que este estudo traz para a sociedade.

2 METODOLOGIA

A seguir, seguem-se os processos e instrumentos que foram adotados e utilizados durante a pesquisa.

2.1 TIPO DE ESTUDO

O presente 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 utilizadas foram: Idoso; Perfil Sociodemográfico; Comunidade Quilombola; Atenção Primária da Saúde; Políticas de Saúde. *Elderly; Sociodemographic Profile; Quilombola Community; Primary Health Care; Health policies* e o período de busca foi de 1982 até 2022. Diante disso, selecionaram-se artigos publicados na língua inglesa e portuguesa, além de livros, dissertações e teses que abordassem sobre o tema. Em um segundo momento, uma pesquisa documental foi efetuada a fim de desfrutar das legislações, portarias e normas que versam sobre a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Por fim, um estudo transversal, com coleta retrospectiva de informações, foi realizado, no qual adquiriram-se informações diretamente do sistema de informação MV-Sigss⁴, que acessa as informações da ficha A (cadastro individual, domiciliar e questionário autorreferido) dos idosos assistidos na Atenção Primária de uma Estratégia de Saúde da família no município de Presidente Kennedy.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Presidente Kennedy localiza-se no litoral do Sul do Espírito Santo, e, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), possui uma população estimada de 11.658 pessoas cadastradas no serviço da

⁴ Trata-se de uma plataforma que padroniza e gerencia todos os processos hospitalares e disponibiliza informações confiáveis para apoio nas tomadas de decisões em uma unidade de saúde.

Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um território de 394,897 Km² (IBGE, 2020), incluindo a população alvo do estudo em questão.

A localidade conta com onze Estratégia de Saúde da Família, sendo dez delas localizadas na área rural, com uma equipe cada e uma na zona urbana, contendo duas equipes, a saber, que o objeto em questão priorizou como campo de estudo a Estratégia de Saúde da Família de Boa Esperança, localizada na zona rural, na Rua Projetada, bairro Boa Esperança, sem número.

A unidade em estudo tem uma atenção territorializada atendendo 1.307 membros familiares, sendo dividida em três áreas, a dispor de duas áreas de comunidade quilombola e uma não quilombola, o total de domicílios cadastrados é de 503 casas e destes, 151 são idosos.

A Estratégia da Saúde de Boa Esperança desenvolve ações de acordo com as necessidades locais da comunidade com uma equipe multidisciplinar, integrando médico, enfermeiro, odontólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, técnico em enfermagem, auxiliar de serviço bucal e agente comunitário de saúde.

Os serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde são desenvolvidos de diferentes práticas, ofertando, para toda a população, incluindo os longevos do território, assistência e a supervisão de doenças crônicas, controle do tabagismo, pré-natal, prevenção, tratamento e acompanhamento de doenças infectocontagiosa e sexualmente transmissíveis, imunização, atendimento domiciliar, dentre outros.

2.3 AMOSTRA

O público-alvo da pesquisa foi a população idosa acima de 60 anos adstritos ou não em uma comunidade quilombola, assistidos pela Atenção Primária por uma Estratégia de Saúde da Família no município de Presidente Kennedy que totalizava, no mês de março de 2021, 151 idosos, sendo 77 idosos vinculados ao território da comunidade não quilombola e 74 idosos vinculados ao território da comunidade Quilombola.

2.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão serão idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, pertencentes ou não a comunidade quilombola e estar inscrito na Estratégia de Saúde da Família de referência de acordo com territorialização da área de abrangência em saúde, cadastrados no sistema de informação MV.

Foram excluídos os participantes que por algum motivo não apresentarem registros das informações a serem coletadas ou o preenchimento inadequado.

2.4 PROTOCOLO DE ESTUDO

Inicialmente foi realizada a identificação dos idosos elegíveis para o estudo, tendo como base os longevos cadastrados até o mês de março de 2021 na Estratégia de Saúde da Família estudada. Em um segundo momento, a pesquisadora entrou no sistema MV, onde foram coletados os dados referentes ao perfil sociodemográfico e as condições gerais de saúde dos idosos. Os dados foram registrados em ficha de coleta própria elaborada pela pesquisadora (Apêndice A) da ficha A/cadastro individual da Estratégia de Saúde da Família.

A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora.

2.4.1 Perfil sociodemográfico e hábitos de vida

Para a caracterização do perfil sociodemográfico dos idosos foram considerados as seguintes variáveis: idade (entre 60-79 anos e 80 anos ou mais); sexo (feminino ou masculino); raça/cor (branca, preta, parda); na escolaridade foram criadas 4 categorias: alfabetizada, ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, ensino médio/ensino superior, nenhum; na situação no mercado de trabalho, para análise dos dados, este foi agrupado em: empregador, assalariado com carteira de trabalho/sem carteira de trabalho e servidor público/militar; autônomo com previdência social/sem previdência social e aposentado/pensionista; desempregado, não trabalha e outros; existência de cuidador (sim ou não) e participação de grupo comunitário (sim ou não). Em relação aos hábitos de vida: está fumante (sim ou não); faz uso de álcool (sim ou não); faz uso de outras drogas (sim ou não).

2.4.2 Condições gerais de saúde

Para a caracterização das condições de saúde dos idosos foram consideradas as seguintes doenças: 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); e há existência de deficiência (sim ou não), se sim, qual (is)? (auditiva, intelectual/ cognitiva, visual, física, outra).

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados coletados foram organizados e tabulados em planilha de Software Microsoft Excel e posteriormente foi realizada uma análise no programa *Bioestat versão 5.0*.

A análise descritiva foi reportada através de tabelas de frequências absoluta e relativa, para variáveis nominais a partir dos resultados encontrados sendo estatisticamente avaliados.

Variáveis de natureza categórica foram analisadas por meio de frequências e percentuais, sendo que as associações entre as variáveis foram realizadas pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fisher (no caso de valores esperados menores do que 5 e tabelas na forma matricial 2 x 2). No caso de associação significativa, foi realizada análise de resíduo para verificar as categorias que contribuem para a associação (valores de resíduos maiores do que $|1,96|$ contribuem positivamente para a associação, ou seja, indicam que ocorre uma frequência maior do que deveria acontecer, se existe independência entre as categorias).

Associações foram consideradas significativas no caso de valor-p < 0,05.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi apresentado ao comitê de ética (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) e aprovado sob o número 4.945.261 (ANEXO A). Será assegurado o sigilo das informações obtidas

mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa, os quais serão identificados numericamente, precedidos pela letra I (I 01, I 02, 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.

3 OS DESAFIOS DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL PARA A POPULAÇÃO IDOSA

A literatura científica apresenta distintos conceitos para o envelhecimento. Tais teorias apresentam diferentes aspectos do desenvolvimento humano, passando pelos campos biológico, social, psicológico e cultural (FERREIRA *et al.*, 2010).

Para a OMS, as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento (OMS, 2015).

Conceitualmente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) diz que o envelhecimento é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de modo que, com o passar do tempo, o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (FARIAS; SANTOS, 2012).

O envelhecimento é um fenômeno do processo da vida, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, e é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. No entanto, este fenômeno varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pela situação nutricional de cada um (FERREIRA *et al.*, 2010).

Já Freitas, Queiroz e Sousa (2010) destacam que o envelhecimento deve ser entendido como uma etapa do curso da vida, na qual, em decorrência da avançada idade cronológica, ocorrem modificações de ordem biopsicossocial que afetam as relações do indivíduo com o seu contexto social.

Em um contexto geral, os seres vivos são regidos por um determinismo biológico: todos nascem, crescem, amadurecem, envelhecem, declinam e morrem. O tempo e a forma que se processam essas fases dependem de cada indivíduo, da programação

genética de sua espécie e de fatores ambientais e comportamentais (CAMARGO, *et al.*, 2019).

No entanto, de acordo com Teixeira (2020, p. 68):

Pode-se afirmar que a aproximação do Serviço Social brasileiro à teoria social crítica contribuiu de forma decisiva para o reconhecimento dos idosos como sujeitos de direitos e sujeitos políticos. Essa afirmativa decorre do modo como o profissional analisa as relações estabelecidas pelas pessoas idosas nessa sociabilidade, ao mesmo tempo em que reconhece o lugar social assumido por elas, reconhecendo-as como sujeitos de direitos, atribuindo centralidade ao seu modo de envelhecer e as condições do envelhecimento humanos na sociedade capitalista dos problemas advindos do avanço da idade capazes de afetar a saúde física e mental dos idosos, gerar isolamento e solidão.

Segundo Martins (2013), o envelhecimento tem sido objeto de interesse de muitos estudiosos, sobretudo, porque nas últimas décadas houve um aumento significativo de idosos.

Isto posto, a OMS (2015, p. 8) refere que, “o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios”.

3.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E AUMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade (CARVALHO; GARCIA, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003a).

Nas últimas décadas, observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a Era do Envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e acelerado, destaca a ONU: enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento este atingiu 123% (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

A Transição Demográfica é um modelo que descreve a mudança populacional ao longo do tempo. Esta é baseada em uma interpretação das mudanças observadas,

ou transições, nas taxas de nascimento e morte nas sociedades industrializadas nos últimos duzentos anos que a antecederam, o uso desta interpretação foi iniciada em 1929 pelo demógrafo americano Warren Thompson. Segundo esta teoria, houve, inicialmente, uma queda nas taxas de mortalidade, com a sustentação da natalidade em um primeiro momento. Em seguida, há um balanço positivo no crescimento vegetativo, levando a um aumento no volume populacional (GUIMARÃES; ANDRADE, 2021).

Algo nem sempre reconhecido, mas com efeitos possivelmente benéficos para toda a sociedade brasileira, refere-se àquilo que alguns denominam janela de oportunidades, enquanto outros chamam de “bônus demográfico”, ou “dividendo demográfico”. Estes termos são corolários da transição demográfica, isto é, a passagem de uma situação de equilíbrio no crescimento populacional, caracterizado por altos níveis de fecundidade e de mortalidade para uma etapa de níveis baixos, em ambos os componentes (RIGOTTI, 2012).

Segundo Vasconcelos e Gomes (2012), as questões teóricas sobre a relação entre desenvolvimento e crescimento populacional, a passagem de elevadas para reduzidas taxas de natalidade e mortalidade traz ao debate da transição demográfica as importantes mudanças nas estruturas populacionais.

Por isso, Giacomelli *et al.* (2016) afirmam que, a transição demográfica é um processo pelo qual os países desenvolvidos já passaram, e os países em desenvolvimento estão passando. Trata-se de uma fase da dinâmica populacional, na qual uma sequência de ocorrências leva ao envelhecimento populacional e à estagnação do crescimento da população de um país.

As mudanças demográficas, na América Latina, vêm ocorrendo de forma abrupta, impondo-se como um desafio ao processo de desenvolvimento econômico dos países latino-americanos. Diferente do processo que se deu na Europa e na América do Norte, a transição demográfica nos países da América Latina caracteriza-se por um processo contraído, no qual o acesso a serviços e recursos públicos torna-se cada vez mais restrito para toda a população. Já na Europa e na América do Norte, esse processo ocorreu de forma gradual (GIACOMELLI *et al.*, 2017).

Para Veras e Oliveira (2018), um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, ou seja, o aumento na expectativa de vida, que se fez acompanhar da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos.

A expectativa de vida é obtida a partir de uma tábua de mortalidade, cujas medidas básicas são as taxas específicas de mortalidade. As variações nas taxas de mortalidade, portanto, provocam mudanças na expectativa de vida de uma população. As variações são, em geral, diferenciadas segundo a idade e o sexo. Um aumento na expectativa de vida da população ocorrerá sempre que, considerando todas as causas de morte ou considerando todos os grupos etários, os ganhos forem maiores que as perdas (CORRÊA; RIBEIRO, 2017).

O aumento da expectativa de vida é visto como um indicador que reflete a melhoria do estado de saúde da população, pois indica o crescimento do número médio de anos que se espera viver (SANTOS; TURRA; NORONHA, 2018).

Os aumentos mais expressivos na expectativa de vida ao nascer, na população mundial, ocorreram no continente africano, que teve um acréscimo de seis anos durante a década de 2000, e alcançou os 60 anos. Entretanto, essa esperança de vida ao nascer ainda é baixa, em comparação com a Ásia, com 72 anos, a América Latina e o Caribe, com 75 anos, a Europa e a Oceania, com 77 anos, e a América do Norte, onde a esperança de vida ao nascer alcança os 79 anos (FIGUEIRÊDO, 2019).

Na medida em que a expectativa de vida cresce e a taxa de natalidade diminui, a tendência mundial de envelhecimento populacional avança de forma crescente no contexto brasileiro (FONSECA, 2020).

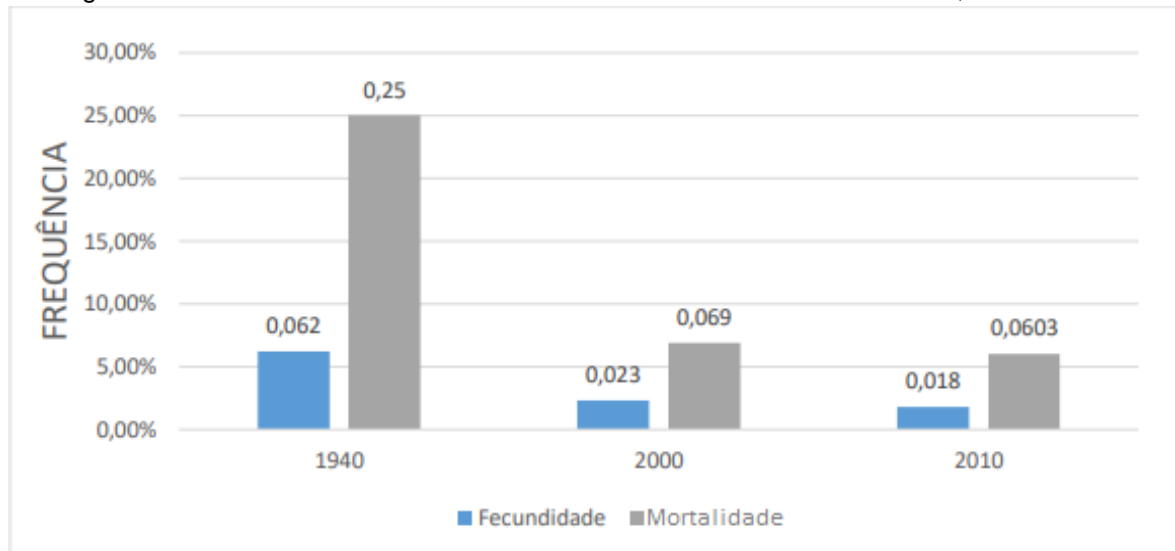
Portanto, de acordo com Sanglard (2019, p. 26):

Na América Latina, em especial no Brasil, ocorreu um processo de urbanização sem alteração da distribuição de renda. Cabe destacar que o que ocorreu em 200 anos na Europa acontece em poucas décadas na América Latina. O Brasil começou a observar esta transição no ano de 1940, época em que a taxa de mortalidade começou a cair, e em 1960, quando a fecundidade entrou em declínio, passando de 6,2% para 1,8%. O declínio da

fecundidade foi observado primeiramente nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas e depois estendeu-se por todo país.

E no que diz respeito à taxa de mortalidade, o Gráfico 1 apresenta o contraste com a taxa de natalidade entre a década de 1940, ano 2000 e 2010.

Figura 1 – Gráfico de taxas de mortalidade e fecundidade nos anos de 1940, 2000 e 2010



Fonte: Sanglard (2019).

De acordo com Araújo, Santos e Bernardo (2021), a partir das décadas de 1940 e 1960, as transformações sociais e econômicas que ocorreram no Brasil levaram a uma aceleração do processo de envelhecimento populacional.

No entanto, Santos, Bernardo e Araújo (2021, p. 283) acentuam:

A velhice, além de se constituir como fenômeno biológico, é perpassada por inúmeros marcadores sociais que envolvem fatores de gênero, raça e classe [...]. E apesar do aumento do número de idosos ter acontecido para todos os grupos raciais do Brasil, este apresenta algumas oscilações. Nesse sentido, é importante ressaltar que há, atualmente, uma maior expectativa de vida para brancos, do que para negros ou pardos no Brasil. Isso se deve pelo menor acesso à educação, saneamento básico, alimentação adequada e serviços de saúde pela população negra.

Ao passo que foi a partir de 1970 que o Brasil teve seu perfil demográfico transformado: de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e alto risco de morte na infância, passando a uma sociedade principalmente urbana, com menos filhos e nova estrutura nas famílias brasileiras. De

uma população predominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se, nos dias atuais, um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos e a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (BRASIL, 2006).

Já no ano de 2010, o IBGE mencionou um marcante processo de aceleração na questão do envelhecimento populacional, evidenciando que houve um salto na expectativa de vida do indivíduo brasileiro, variando de 48 anos para 73,4 anos, em 1960 e 2010, respectivamente (ABREU, 2016). Ademais, de acordo com Sanglard (2019, p. 27), “o percentual de pessoas com 60 anos ou mais na população do país passou de 12,8% para 14,4%, entre 2012 e 2016”.

Ainda de acordo com uma projeção abordada por Sanglard (2019, p. 28):

Uma nova projeção da população brasileira foi divulgada pelo IBGE em julho de 2018, estimada em 208,5 milhões de habitantes, trazendo uma novidade que o pico populacional acontecerá em 2047, quando o número de brasileiros chegará a 233,2 milhões de pessoas. Nos anos seguintes ocorrerá um decréscimo estimado em 228,3 milhões de habitantes em 2060.

Sendo assim, estudos populacionais realizados no Brasil indicam a tendência do aumento significativo da proporção de idosos, ocasionando importantes alterações demográficas (TORRES *et al.*, 2020).

Por conseguinte, com a instalação do Covid-19 no Brasil ocorre o impacto da morte precoce de idosos, em especial dos que são responsáveis financeiros por famílias, na renda dos demais familiares. Considera-se como precoce porque o óbito acontece em uma idade onde a expectativa de vida é positiva e diferente de zero. A preocupação surge da constatação de que 73,8% das mortes registradas por Covid-19 até 1º de julho de 2020 ocorreram em indivíduos com 60 anos ou mais, dos quais 58,0% eram homens. Por exemplo, aos 60 anos um indivíduo do sexo masculino ainda poderia esperar viver mais 18,1 anos, dadas as condições de saúde vigentes em 2018 (CAMARANO, 2020).

Desse modo, há que se ressaltar que a pandemia do coronavírus está trazendo consequências devastadoras em termos de perdas de vidas humanas, afetando a expectativa de vida (CAMARANO, 2020).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POULAÇÃO IDOSA

Com a transição demográfica que ocorreu no Brasil nas últimas décadas, a população brasileira vem passando por mudanças no perfil sociodemográfico, ocasionando novas demandas para o setor da saúde, trazendo como grande desafio a construção e o fortalecimento de políticas voltadas ao idoso.

A seguir contextualiza-se historicamente as políticas públicas de saúde para a população idosa.

A lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, retrata sobre as políticas nacionais do idoso, o que leva em conta a garantia dos direitos sociais do idoso e designa as condições para desenvolver sua participação, integração e autonomia no meio social (BRASIL, 1994). Além disso, foi regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, tendo como principais articuladores as entidades civis, destacando-se a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), e as entidades técnicas, como a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (ALCÂNTARA, 2016).

Pois, de acordo com Machado, Velasco e Amim (2006, p. 165):

O papel da memória tem sido valorizado para que as ações já efetivadas possam receber críticas adequadas, levando a soluções inéditas e transformadoras. Não podemos desperdiçar a experiência de quem já percorreu uma longa estrada. O idoso pode trazer do passado, que os mais jovens não vivenciaram, experiências para o presente, que conjuguem a possibilidade entre o idealizado e o possível. A expressão "no meu tempo" perde o sentido quando verificamos que o tempo referido - em geral relacionado à juventude - é uma parte do tempo vivido e não sua totalidade, portanto, o tempo de todos, de qualquer idade, é o aqui e o agora.

Para evidenciar os conceitos das diretrizes notáveis sobre a PNI, o artigo 4º:

Recomenda atividades alternativas, visando à integração intergeracional; reforça o direito fundamental à associação mediante organizações representativas dos idosos, visando ao acompanhamento pelos próprios

interessados, desde a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, programas, projetos etc.; reafirma o § 1º do art. 230 da CF/1988 ao eleger a família como principal *locus* de atendimento ao idoso; decreta a descentralização político-administrativa das políticas públicas para o idoso; estabelece a necessidade de capacitação nas áreas de geriatria e gerontologia, bem como, na prestação de serviços; institui a implementação de um sistema de informações de todos os programas, projetos, planos ofertados ao segmento idoso nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal); determina a criação de mecanismos para a divulgação de informações sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; define que é prioritário o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; e apoia os estudos e as pesquisas acerca do envelhecimento (ALCÂNTARA, 2016, p. 359).

Contudo, a indagação era ainda levantada: quem promoveria e defenderia os direitos da pessoa idosa? A quem caberia zelar pela aplicação das normas sobre o idoso, determinando ações para evitar abuso e lesões a seus direitos? Esses questionamentos eram demarcados por conta de que a PNI não estabelecia essas capacidades no nicho do Sistema de Justiça do Brasil, havendo então a necessidade de estruturar um novo sistema no âmbito jurídico, o Estatuto do Idoso (ALCÂNTARA, 2016).

O estatuto do idoso se trata de uma lei a qual concede aos indivíduos de ambos os sexos, que apresentam acima de 60 anos de idade, alguns direitos relacionados às suas idades, com disposição direta e impacto nacional, sendo seu primordial intuito assegurar e regularizar os direitos ao idoso, garantindo quaisquer facilidades e oportunidades as quais culminam na manutenção e salvaguarda de sua saúde física e psicológica, além de aperfeiçoar sua moralidade, intelecto, espírito e socialidade em natureza de dignidade e liberdade (BRASIL, 2003b).

Além disso, o Brasil garante que é dever do Estado, da família, da comunidade e da sociedade estabelecer com prioridade absoluta a concretização do direito à vida, à alimentação, à saúde, ao esporte, ao trabalho, à cidadania, à cultura, ao respeito, à dignidade, à convivência familiar e comunitária.

Contudo, se tratando do direito à saúde, o Estatuto do Idoso confere:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde (BRASIL, 2003a, p. 4).

Ademais, se tratando do poder público:

Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei. É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos (BRASIL, 2003a, p. 5).

Em caso de enfermidades do idoso:

É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária. Em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência (BRASIL, 2003a, p. 6).

Sendo assim, é necessário que exista um entendimento do que se determina por 'política pública'. Consorte, Política Pública é a referência de um conjugado de pareceres e ações que possuem o intuito de regular uma problemática e contradição social, sintetizadas pelo governo, que evidenciam valimentos, paradigmas e ideais que podem partir da esfera governamental (ROMANO, 2007).

Dentre essas políticas, se destaca a política de proteção dos idosos, que se tornou mais ampla a partir da promulgação da Constituição de 1988, evento esse que permitiu buscar a implementação dos direitos dos idosos no meio social, assegurando e consolidando suas políticas, planejamentos, projetos sociais e programas públicos desenvolvidos. Esses benefícios foram estruturados a partir da formulação da Política

Nacional de Saúde do Idoso, firmada pelo Estatuto do Idoso e Portaria 2528/06 (FALEIROS, 2016).

Entretanto, se tratando da Política Nacional de Saúde do Idoso - firmada pela Portaria 2528/06 que foi consolidada pela Lei 8842/94 -, esta se relaciona com o ato de assegurar os direitos sociais e acolhimento dos idosos a partir da promoção de ações que integram, dispõe autonomia e participação ativa dos idosos no meio social. Essa política é dependente fundamentalmente da ação coordenada entre os poderes Legislativo, Judiciário e Executivo, além disso, predispõe da descentralização das ações tomadas a partir de órgãos governamentais e não-governamentais, como por exemplo, a própria família e a comunidade em si (BORBA *et al.*, 2019).

Ademais, é dever da União, juntamente com os Conselhos Nacionais, Estaduais e municipais, coordenar e orçar/fomentar as políticas que englobam a competência de entidades que propõem programas destinados aos idosos. Inclusive, esse fato se encontra embutido nos parágrafos do Estatuto do Idoso (GOMES, 2009; BRASIL, 2003a).

Por conta da realidade de que a população nacional se apresentará mais velha na projeção das próximas décadas, se torna necessário romper o estereótipo de que os idosos são como uma negativa carga social, sem impacto positivo para questões de contribuições para com a sociedade. Portanto, baseado nessa totalidade, o Ministério da Saúde em 2006 formulou a concepção de que era imperioso aumentar a qualidade de vida dos idosos, consolidando então, a Portaria MS nº 2.528/06 (VIEIRA; VIEIRA, 2016).

No entanto, no que tange ao intuito da Portaria MS nº 2.528, ela busca:

Recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006, p. 4).

E para justificar a consolidação dessa Portaria:

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos, em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades. A cada

ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais. A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral. Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis. O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo. Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS. Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006, p. 5).

O principal fator jurídico que compõe as diretrizes da PNSPI abrange:

a) Desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco; b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde; c) valorizar e respeitar a velhice; d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário; e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos; f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas; g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades; h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo; i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências; j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis; k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção; l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa; m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis; n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização; o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos; p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença; q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa; r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS; s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional; t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS (BRASIL, 2006, p. 10).

Diante do exposto, faz-se necessária a necessidade de se voltar um olhar a essa população que envelhece, mantendo o compromisso de efetivação dos direitos dos idosos, ressaltando a importância do fortalecimento das ações voltadas ao cumprimento dos direitos da pessoa idosa, mantendo sua dignidade, a fim de que envelheça com qualidade de vida.

4 POLÍTICA DE SAÚDE, IGUALDADE RACIAL E OS PROCESSOS IDENTITÁRIOS DA POPULAÇÃO NEGRA

O continente africano e a população afrodescendente possuem uma origem, uma história, um legado cultural, filosófico, tecnológico e científico, que muito contribuiu para o desenvolvimento intelectual da humanidade e para a organização das civilizações, cidades e estados (PINHEIRO; SILVA, 2019).

A oportunidade de conhecer a história das antigas e atuais civilizações africanas e da população afrodescendente do ponto de vista intelectual, científico e político, confere uma grande possibilidade de mudar a imagem estigmatizada do povo negro dentro da nossa sociedade.

Segundo o IBGE (2010), a população declarada branca tem renda 84,5% maior que pretos e 81,95% maior que pardos, o que corrobora na desigualdade de renda, além de preconceitos intrínsecos que a população negra sofre. Diante disso, políticas públicas são criadas com o intuito de promover a melhor igualdade sobre toda a população, trazendo políticas que possuem como lema principal a equidade⁵.

Alguns exemplos são políticas de ações afirmativas e a elaboração do Estatuto de Igualdade Racial, ambos com o intuito de promover a equidade, além disso, possui também o processo identitário da população negra, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2007). É por isso que a implementação efetiva de políticas específicas, nesse âmbito, emerge, então, como uma ferramenta importante na reestruturação da saúde através de uma política que adere à demanda e à realidade do país (NETO *et al.*, 2015).

4.1 BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DO NEGRO E AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Os negros foram trazidos da África para o Brasil por meio de tráfico negreiro, onde os portugueses traziam os negros com o intuito de revendê-los. Visto que os

⁵ Equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social, é uma prática a qual consiste em dar uma condição justa para todos, sendo indispensável para que a saúde seja garantida a todos sem discriminação (BRASIL, 2012).

trabalhadores indígenas, que também eram escravizados, eram em menor quantidade no território, fugiam e muitos morriam por doenças trazidas pelos portugueses (TROVO; SALINAS, 2014).

Durante este período de escravidão, a alimentação dos escravos era muito ruim, eles possuíam uma exaustiva rotina de trabalho, podendo chegar a 20h diária, recebiam diversos castigos como forma de punição, além de serem impedidos de praticar a sua religião e suas culturas. Entretanto, essas condições desumanas que os escravos passavam, motivaram a resistência, que implicava em revoltas contra seus senhores feudais, fugindo de onde viviam, formando, por sua vez, os quilombos (TROVO; SALINAS, 2014).

Os quilombos, segundo Silva (2011), eram moradias formadas pelos escravos fugitivos, onde estes poderiam praticar suas culturas e possuir liberdade. Esses escravos, que moravam no quilombo, eram denominados quilombolas. Até o final do século XVII, a caracterização da escravidão era definida dessa forma. No entanto, a partir do início do século XVIII, algumas leis foram implantadas com o intuito de ajudar o negro, libertando determinado grupo de escravos, dessa forma, eles poderiam ser livres (SOGAME; SCARIM, 2005).

Contudo, o primeiro tipo de liberdade para os escravos era através da compra da carta de alforria, que era um documento que decretava o escravo como livre. Só que esses escravos que se libertavam acabavam ficando contra o governo, visto que apesar de livres, ainda possuíam dificuldades para sobreviver, pois não possuíam estudos e não eram bem-vistos pela sociedade, dessa forma, acabavam sendo obrigados a aceitarem trabalhos péssimos (SOGAME; SCARIM, 2005).

Após isso, foram elaboradas mais leis a favor do escravo, como a Lei do Sexagenário e a Lei do Ventre Livre, onde, respectivamente, libertavam escravos acima de 60 anos e os escravos que nasciam a partir da data de implementação da lei. Apesar da criação dessas leis, ainda se mantinham escravos em situações desumanas, até que, em 1888, a Princesa Isabel assinou a Lei Áurea, que consistia na lei que abolia a escravidão (GOMES, 2015).

O poder colonial teve consequências não intencionais, uma vez que os povos africanos foram classificados como civilizados ou domesticados, e de suas

identidades e costumes foram despojados. Implicando assim, o despojo de seu lugar na história da produção cultural da humanidade. Dessa forma, a formação sociocultural do Brasil é marcadamente ligada a história dos negros (GOMES, 2015).

Entretanto, no período pós-escravidão, algumas ocorrências trouxeram fortes ressignificações, com dinâmicas socioeconômicas e territoriais, além de movimentos sociais e étnicos a fim de trazer uma outra imagem para a população negra. Foram elaboradas então, políticas públicas para essa população, com foco principal na inclusão ao mundo do trabalho assalariado, políticas compensatórias, como por exemplo, a presença de ações afirmativas em vestibulares (SOGAME; SCARIM, 2005).

Desta forma, Gomes (2015) refere que, para o entendimento do processo atual de territorialização das populações rurais negras, os quilombos são, desde o seu surgimento, formas de organização social e política, com modos de viver e fazer específicos, segundo o contexto e a situação social de cada região e localidade.

A autodefinição como “quilombo”, a partir da legislação em vigor previstos pelo decreto n. 4.887/2003, significa também direitos à memória e ao patrimônio cultural, não apenas o que foi acumulado no território brasileiro, mas também aquele herdado da África. Quilombo, portanto, é uma categoria do direito ao território enquanto base física (terra) e dimensão simbólica (memórias, rituais e saberes) empregada pelos sujeitos do direito, para demarcar as fronteiras sociais do pertencimento étnico às suas coletividades (GOMES, 2015, p. 15).

O território ocupado pelos quilombos é considerado um local único, com recursos limitados para a preservação da cultura e tradições negras, em que o território surge como uma realidade distinta, marcada por uma organização política singular, impregnada de uma história e universo simbólico (FAGUNDES, 2006).

Outros pontos importantes das características comuns desta comunidade são a criação de animais, o plantio de alimentos para consumo próprio, o consumo de comidas típicas quilombolas, a religiosidade, assim como, a prática de saberes tradicionais, através do uso de ervas medicinais para tratar algumas enfermidades, e as benzedeadas que, por meio de suas benzeduras e de sua fé, trazem a cura e o alívio da dor (LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019).

A Constituição Federal de 05 de outubro 1988 é promulgada e possui o objetivo de promover o bem a todos, sem preconceitos de origem, cor, raça, idade, sexo e a discriminação, destaca ainda que o crime de racismo é inafiançável e garante o direito as comunidades remanescentes de quilombos à propriedade de suas terras e dá a estas, a proteção às manifestações culturais afro (ALBERTI; PEREIRA, 2004). Permitiu, sobretudo, que a luta interminável dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada se expandisse para novas dimensões e campos de batalha. Viabilizou, em especial, o combate à discriminação no mercado de trabalho brasileiro, onde o preconceito ainda se manifesta (ALBUQUERQUE; FRAGA FILHO, 2006).

Desta forma, ao completar 100 anos da abolição da escravatura, o artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição Federal de 1988 estabeleceu que, quem estivesse morando nos quilombos teria o reconhecimento de suas terras como propriedade, sendo emitidos os títulos das mesmas. Todavia, somente 15 anos após a promulgação da Constituição, é que foram instituídos, através do Decreto nº 4887, de 20 de novembro de 2003 e da Instrução Normativa nº 16 de 24 de março de 2004, os instrumentos legais que definem os procedimentos administrativos para uma identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas pelos quilombos remanescentes do Brasil (SOGAME; SCARIM, 2005).

Outro marco legal importante a ser destacado é a lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que retrata o Estatuto da Igualdade Racial, que foi proposto de forma a tentar efetivar a igualdade de condições e acesso de serviço de saúdes a uma parcela cumulativa da população. Essa população é compreendida como o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e/ou pardas, quando se fala da cor ou raça (BRASIL, 2003b). Esse marco legal tem o intuito de garantir a igualdade de oportunidades, direitos éticos individuais e coletivos, e o combate à discriminação racial (BRASIL, 2010).

No parágrafo único do artigo 1^a houve a definição do que é discriminação racial; desigualdade racial; afro-brasileiros; políticas públicas e ações afirmativas:

I - Discriminação racial ou étnico-racial: toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de condições, de direitos humanos e liberdades fundamentais

nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública ou privada;

II - Desigualdade racial: toda situação injustificada de diferenciação de acesso e fruição de bens, serviços e oportunidades, nas esferas pública e privada, em virtude de raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica;

III - desigualdade de gênero e raça: assimetria existente no âmbito da sociedade que acentua a distância social entre mulheres negras e os demais segmentos sociais;

IV - População negra: o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga;

V - Políticas públicas: as ações, iniciativas e programas adotados pelo Estado no cumprimento de suas atribuições institucionais;

VI - Ações afirmativas: os programas e medidas especiais adotados pelo Estado e pela iniciativa privada para a correção das desigualdades raciais e para a promoção da igualdade de oportunidades (BRASIL, 2010, p. 13).

O Estatuto da Igualdade Racial estabelece em seu artigo segundo e terceiro que:

Art. 2º É dever do Estado e da sociedade garantir a igualdade de oportunidades, reconhecendo a todo cidadão brasileiro, independentemente da etnia ou da cor da pele, o direito à participação na comunidade, especialmente nas atividades políticas, econômicas, empresariais, educacionais, culturais e esportivas, defendendo sua dignidade e seus valores religiosos e culturais.

Art. 3º Além das normas constitucionais relativas aos princípios fundamentais, aos direitos e garantias fundamentais e aos direitos sociais, econômicos e culturais, o Estatuto da Igualdade Racial adota como diretriz político-jurídica a inclusão das vítimas de desigualdade étnico-racial, a valorização da igualdade étnica e o fortalecimento da identidade nacional brasileira (BRASIL, 2010, p. 14).

Em seu artigo 4º, o Estatuto da igualdade Racial afirma que as oportunidades de acesso da população negra dar-se por meio de:

I - Inclusão nas políticas públicas de desenvolvimento econômico e social;

II - Adoção de medidas, programas e políticas de ação afirmativa;

III - modificação das estruturas institucionais do Estado para o adequado enfrentamento e a superação das desigualdades étnicas decorrentes do preconceito e da discriminação étnica;

IV - Promoção de ajustes normativos para aperfeiçoar o combate à discriminação étnica e às desigualdades étnicas em todas as suas manifestações individuais, institucionais e estruturais;

V- Eliminação dos obstáculos históricos, socioculturais e institucionais que impedem a representação da diversidade étnica nas esferas pública e privada;

VI - Estímulo, apoio e fortalecimento de iniciativas oriundas da sociedade civil direcionadas à promoção da igualdade de oportunidades e ao combate às desigualdades étnicas, inclusive mediante a implementação de incentivos e critérios de condicionamento e prioridade no acesso aos recursos públicos;

VII – implementação de programas de ação afirmativa destinados ao enfrentamento das desigualdades étnicas no tocante à educação, cultura, esporte e lazer, saúde, segurança, trabalho, moradia, meios de comunicação

de massa, financiamentos públicos, acesso à terra, à Justiça, e outros (BRASIL, 2010, p. 14).

Ainda sobre a lei 12.288/2010, o artigo 5º ressalta a criação do Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (SINAPIR), medida feita como forma de organização e de articulações voltadas à implementação do conjunto de políticas e serviços destinados a superar as desigualdades étnicas existentes no País, prestados pelo poder público federal (BRASIL, 2010) e tem como objetivo:

- I - Promover a igualdade étnica e o combate às desigualdades sociais resultantes do racismo, inclusive mediante adoção de ações afirmativas;
- II - Formular políticas destinadas a combater os fatores de marginalização e a promover a integração social da população negra;
- III - Descentralizar a implementação de ações afirmativas pelos governos estaduais, distrital e municipais;
- IV - Articular planos, ações e mecanismos voltados à promoção da igualdade étnica;
- V - Garantir a eficácia dos meios e dos instrumentos criados para a implementação das ações afirmativas e o cumprimento das metas a serem estabelecidas (BRASIL, 2010, p. 23).

O Estatuto, em seu Título dois, diz respeito aos direitos fundamentais, em suas diferentes áreas, sendo aqui enfatizado o acesso à terra e à saúde (BRASIL, 2010).

Do acesso à terra:

art. 27. O poder público elaborará e implementará políticas públicas capazes de promover o acesso da população negra à terra e às atividades produtivas no campo;

art. 28. Para incentivar o desenvolvimento das atividades produtivas da população; negra no campo, o poder público promoverá ações para viabilizar e ampliar o seu acesso ao financiamento agrícola;

art. 29. Serão assegurados à população negra a assistência técnica rural, a simplificação do acesso ao crédito agrícola e o fortalecimento da infraestrutura de logística para a comercialização da produção;

art. 30. O poder público promoverá a educação e a orientação profissional agrícola para os trabalhadores negros e as comunidades negras rurais

art. 31. Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos;

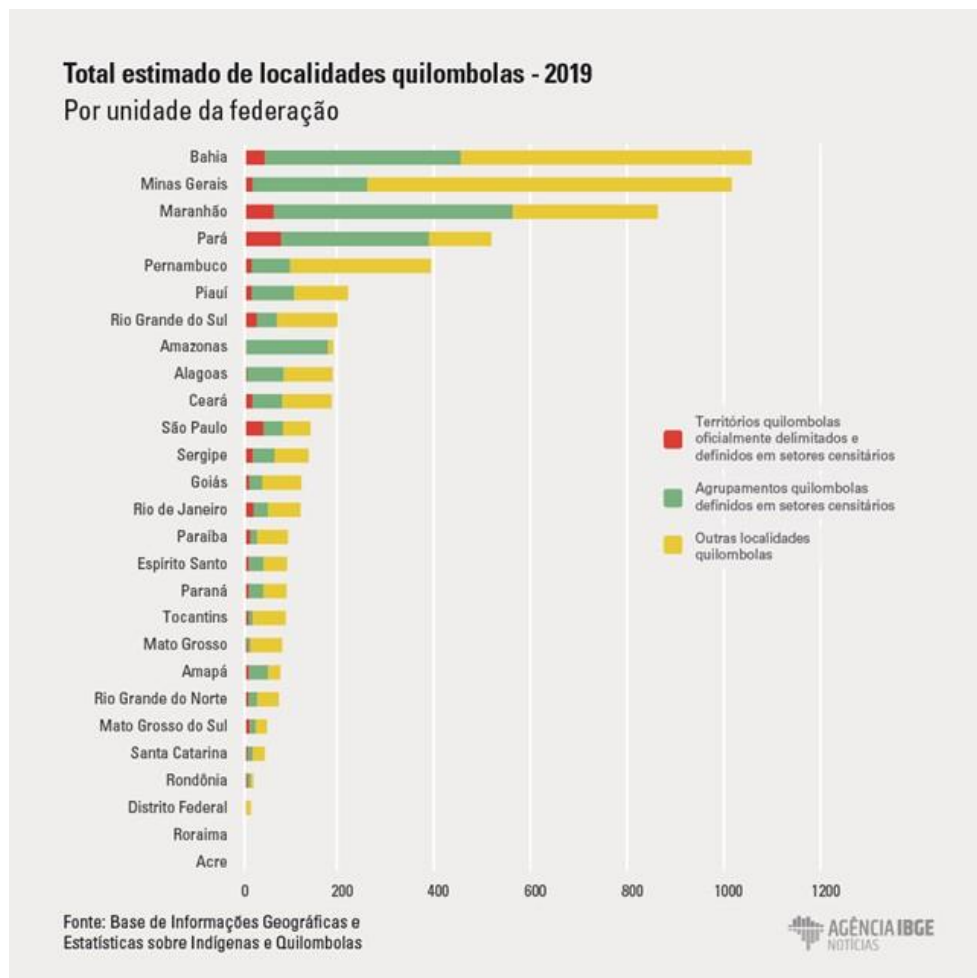
art. 32. O Poder Executivo federal elaborará e desenvolverá políticas públicas especiais voltadas para o desenvolvimento sustentável dos remanescentes das comunidades dos quilombos, respeitando as tradições de proteção ambiental das comunidades;

art. 33. Para fins de política agrícola, os remanescentes das comunidades dos quilombos receberão dos órgãos competentes tratamento especial diferenciado, assistência técnica e linhas especiais de financiamento público, destinados à realização de suas atividades produtivas e de infraestrutura;

art. 34. Os remanescentes das comunidades dos quilombos se beneficiarão de todas; as iniciativas previstas nesta e em outras leis para a promoção da igualdade étnica (BRASIL, 2010, p. 19-20).

De acordo com Alberti e Pereira (2004), em 2008, existiam muitas comunidades quilombolas no país, somando o quantitativo de 1342 unidades no território brasileiro. Após 10 anos, o IBGE (2022) indica que o Brasil possui 5.972 localidades quilombolas, divididas em 1.672 municípios brasileiros.

Figura 2 - Total estimado de localidades quilombolas em 2019



Fonte: IBGE (2019).

O gráfico acima apresenta as localidades quilombolas, estima-se que, em 2019, existiam 5.972 localidades quilombolas no Brasil, destas, 404 eram territórios oficialmente reconhecidos, 2.308 eram denominados agrupamentos quilombolas e os demais, 3.260 territórios, são identificados como outras localidades quilombolas. Tais comunidades detêm a cultura afro-brasileira, que é concebida através da resistência, convivência em comunidade e sustentação das tradições (IBGE, 2019).

Segundo Sogame e Scarim (2005), no estado do Espírito Santo existem cerca de 80 comunidades remanescentes de quilombos, podendo exceder, por sua vez, uma centena. Uma dessas comunidades é a comunidade Boa Esperança, localizada no município de Presidente Kennedy – ES, que possui a certificação da Fundação Cultural de Palmares (FCP) da Portaria nº 39/2005, de 30 de setembro de 2005 (IPATRIMÔNIO, 20--). Segundo uma moradora⁶ desse quilombo, a garantia por Políticas Públicas para comunidades quilombolas é um processo que demanda muito diálogo, pois é necessário que a comunidade se conscientize da importância da titulação, é justamente por isso que a maior conquista da comunidade Boa Esperança foi a de receber a certidão de autorreconhecimento pela Fundação Cultural de Palmares como uma comunidade quilombola remanescente.

Vários estudos são realizados pelos direitos humanos sobre a titulação terra-território de quilombos, identidade e memoriais da cultura africana. Esses direitos constitucionais estariam associados aos direitos à assistência à saúde e o acesso à educação e ao trabalho no próprio território e fora dele, porém, ainda possuem relatos de que esses direitos ainda não foram atendidos satisfatoriamente nesses quilombos. Estudos revelam que, na verdade, existem demandas por esses direitos não atendidos de forma satisfatória nesses quilombos (FAGUNDES, 2006).

4.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)

Durante séculos, a população negra, que estava localizada em espaços rurais, organizou maneiras que possibilitaram a construção de uma significativa rede de relações socioculturais, econômicas e políticas (SILVA, 2011).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem essa população. Assim define os princípios, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e

⁶Sra. Tânia Márcia Hora Ferreira, líder comunitária.

prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2007).

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana do repúdio ao racismo e da igualdade. Também é coerente com o objetivo primordial da República Federativa Brasileira, que é promover o bem-estar de todas as pessoas, sem distinção de origem, raça, sexo, cor, idade ou qualquer outro tipo de discriminação (BRASIL, 1988).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi aprovada em 2007, no dia nacional da Consciência Negra, 20 de novembro, pelo Conselho Nacional de Saúde e tem como objetivo garantir a equidade na atenção à saúde para a população negra. Tal medida possui um caráter compensatório em virtude das discriminações raciais existentes ao longo da história do Brasil (BRASIL, 2012). A população negra apresenta maior vulnerabilidade social e econômica, o que reflete uma menor expectativa de vida e maior suscetibilidade a agravos (NETO *et al.*, 2015).

Por conseguinte, a trajetória histórica da população negra no Brasil mostra que esses indivíduos vêm lutando pelo reconhecimento dos seus direitos em favor de melhorias do cotidiano, entre eles, o direito universal à saúde e à participação social (SANTOS; BERNARDO; ARAÚJO, 2021).

Além disso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra deve estar organizada de acordo com as diretrizes abaixo:

I – ampliação e fortalecimento da participação de lideranças dos movimentos sociais em defesa da saúde da população negra nas instâncias de participação e controle social do SUS; II – produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; III – desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação para contribuir com a redução das vulnerabilidades da população negra (BRASIL, 2010, p. 15).

E seus objetivos são:

I – a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS; II – a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero; III – o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra; IV – a inclusão do conteúdo da saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde; V – a inclusão da temática saúde da população negra nos processos de formação política das lideranças de movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS (BRASIL, 2010, p. 15-16).

Portanto, entende-se que a promoção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é uma resposta do Ministério da Saúde às disparidades de saúde que afligem essa população, bem como o reconhecimento de que suas condições de vida são produto de processos sociais, culturais e econômicos injustos que existiram ao longo da história do país. Dessa forma, o intuito seria em priorizar a redução das desigualdades étnico-raciais e a discriminação nas instituições e serviços do SUS (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

O fruto principal dessas desigualdades étnicas-sociais se dá através da iniquidade de renda que, por sua vez, geram impactos negativos no sistema de saúde, justamente pelo desgaste do capital social, onde explicar-se-ia o porquê da situação da saúde ser inferior às sociedades que possuem boas relações de solidariedade desenvolvidas (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). No caso do Brasil, além deste apresentar grandes iniquidades na distribuição de riqueza, há grandes setores da população que vivem em condições de pobreza que sequer permitem uma condição básica de saúde (CNDSS, 2006).

Para compreender melhor a pobreza seria necessário traçar-se estratégias para o combate da mesma, incluindo a geração de oportunidades econômicas como medidas que favoreçam a construção de redes de apoio. Contudo, a maneira mais simplificada e eficaz para conseguir explicar as determinações do processo saúde e doença seria através de planos de intervenção (CNDSS, 2006) localizados na Figura 3, abaixo:

Figura 3 - Pilares das intervenções sobre os determinantes sociais



Fonte: DSSBR (2017).

Portanto, para ajudar no combate às desigualdades étnicas-sociais, não envolver-se-iam apenas ações no sistema de atenção à saúde, com modelos assistenciais e ampliação da autonomia da população, mas também, intervenções socioeconômicas, culturais e ambientais, por meio das políticas intersetoriais. Com esse desenvolvimento, poder-se-ia ocasionar melhor distribuição dos recursos socialmente produzidos, promovendo então, a política de bem-estar social (DSSBR, 2017).

Apesar de não existirem políticas públicas específicas para a população negra no Espírito Santo, algumas temáticas já entraram em pauta e, inclusive, no dia 09 de dezembro de 2019 aconteceu um encontro organizado pela Secretaria da Saúde no Museu Capixaba do Negro em Vitória – ES sobre a Saúde Integral da Juventude Negra da Região Metropolitana de Saúde (SESA, 2019). Este encontro teve como meta dialogar, de forma integrada com outros municípios, sobre a violência contra a juventude negra, bem como pensar em estratégias para a promoção em saúde dessa população (SESA, 2019).

5 FATORES ASSOCIADOS QUANTO AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE EM IDOSOS ADSTRITOS À UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE PRESIDENTE KENNEDY

Um estudo foi realizado com os idosos da Estratégia de Saúde da Família do município de Presidente Kennedy com o objetivo de realizar uma análise dos dados entre os idosos adstritos e os idosos não adstritos ao território da comunidade quilombola de uma ESF de Presidente Kennedy. A seguir apresentam-se os resultados da coleta de dados e a discussão, que teve com base a revisão da literatura sobre o tema.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS ADSTRITOS OU NÃO À COMUNIDADE QUILOMBOLA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY

Foi analisado a ficha A de 151 idosos, destes, 74 (49%) eram quilombolas e 77 (51%) não pertenciam a comunidade quilombola. Ao se considerar o perfil sociodemográfico dos idosos estudados, a maioria concentrava-se na faixa etária de 60 a 79 anos (85%), os homens predominam com 54%, quanto a cor ou raça dos entrevistados, cabe destacar o alto percentual de idosos que se autodeclararam pardos (44%), dentre o nível da escolaridade prevalece, com 66%, o Ensino Fundamental completo ou o Ensino Fundamental incompleto. No mercado de trabalho é observado que a maior parte dos idosos se encontram aposentados (62%). Constatou-se também, que 97% relataram não possuir cuidador e também, que 97% não participam de grupo comunitário. Quanto ao hábito de vida, 83% não têm o hábito de fumar, 91% não faz uso de bebida alcoólica e 99% não fazem uso de outras drogas.

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico identificado nos idosos adstritos ou não a uma comunidade quilombola de uma Unidade de Saúde da Família de Presidente Kennedy.

Tabela 1 - Características do perfil sociodemográfico e hábitos de vida de idosos adstritos ou não em uma comunidade quilombola assistidos por uma Estratégia de Saúde da Família de Presidente Kennedy/Espírito Santo

Variáveis	Quilombola	Não Quilombola	p
	n=74 (100%)	n=77 (100%)	
Idade			
Entre 60-79 anos	61 (82%)	67 (87%)	0,5778
80 anos ou mais	13 (17%)	10 (13%)	
Sexo			
Masculino	40 (52%)	42 (54%)	0,9181
Feminino	34 (46%)	35 (45%)	
Etnia			
Preta	42 (57%) ²	6 (8%)	0,0094 ¹
Pardo	20 (27%)	46 (60%)	
Branca	12 (16%)	25 (32%)	
Escolaridade			
Alfabetizada	8 (11%) ²	0 (0%)	0,0004 ¹
E.F. completo/incompleto	39 (53%)	61 (79%) ²	
E. Médio/Superior	4 (5%)	6 (13%)	
Nenhum	23 (31%) ²	10 (13%)	
Mercado de trabalho			
Aposentado	57 (77%) ²	37 (52%)	0,0007 ¹
As. com ou sem carteira	2 (3%)	5 (6%)	
Aut. com ou sem prev.	2 (3%)	14 (18%) ²	
Desempregado	9 (12%)	8 (10%)	
Outro	4 (5%)	13 (17%) ²	
Frequente cuidador			
Sim	4 (5%)	0 (0%)	0,1186
Não	70 (94%)	77 (100%)	
Grupo comunitário			
Sim	2 (3%)	3 (4%)	0,9640
Não	72 (97%)	74 (96%)	
Tabagista			
Sim	13 (17%)	13 (17%)	0,917
Não	61 (82%)	64 (83%)	
Uso de álcool			
Sim	9 (12%)	4 (5%)	0,2166
Não	65 (88%)	73 (95%)	
Outras drogas			
Sim	0 (0%)	1 (1%)	0,9841
Não	74 (100%)	76 (99%)	

Legenda das abreviações: E.F (Ensino Fundamental); E (Ensino); As. (assalariado); Aut. (autônomo); Prev. (previdência).

¹ = Qui-quadrado de Pearson.

² = Resíduo ajustado do $\chi^2 > 1.96$

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao observar a Tabela 1, verifica-se que não existiu diferença significativa entre os idosos da comunidade quilombola e não quilombola considerando a faixa etária, o sexo, se tem cuidador, se participa de grupo comunitário, os hábitos de vida quanto ao tabagismo, uso de álcool ou outras drogas.

Ao analisar a associação das características do perfil sociodemográfico de idosos adstritos ou não em comunidades quilombola, observa-se a associação entre etnia, escolaridade e mercado de trabalho. Os idosos pertencentes a comunidade quilombola se autodeclararam pretos e essa característica se mostrou importante e significativa, com o valor de $p= 0,0094$. De acordo com o IBGE (2010), a população brasileira é declarada da seguinte forma: temos que 47,7% da população brasileira se autodeclara branca, 50,7%, negra (pretos e pardos) e 1,5%, indígenas e amarelos, indicando, além da prevalência de afrodescendentes na composição étnica do país, que a população negra corresponde a mais da metade da população brasileira, justificando um maior reconhecimento, devido ao perfil étnico-racial desta determinada população (IBGE, 2011).

Sendo dois conceitos importantes a serem abordados, raça e etnia, onde o primeiro é geralmente inserido em um contexto colonial de caracterização e diferenciação dos indivíduos, sejam essas diferenças de ordem física ou biológica, estabelecendo sempre uma relação de hierarquia. Já o segundo conceito, etnia, relaciona-se com a herança cultural deixada para um grupo por uma origem ancestral comum (BARTH, 2011; FERREIRA *et al.*, 2010).

Segundo Brasil (2001), a população afrodescendente brasileira é historicamente discriminada, além de apresentar menores indicadores de renda e escolaridade, é mais vulnerável à violência e o acesso aos serviços de saúde é mais difícil, resultando, em geral, em pior evolução e prognóstico das doenças que acometem isto.

Portanto, cabe ao Estado brasileiro assegurar a sua população e às comunidades quilombolas, os direitos básicos e a atenção à saúde, de forma a efetivar políticas públicas qualificadas para a redução das desigualdades estruturais que atingem negros, mulheres e indígenas de forma mais determinante, ainda mais agravadas pelos efeitos da pandemia (SILVA, 2018).

A luta pelos direitos fundamentais das comunidades quilombolas continua com a incorporação de estratégias necessárias nesta delicada situação. Alguns exemplos incluem a criação de um banco de dados para monitoramento dos efeitos da Covid-19 nas comunidades e a colaboração com o Poder Legislativo (SILVA, 2018).

Em relação a etnia (Tabela 1), verificou-se a associação preta com o fato de se ser quilombola, sendo assim, os idosos adstritos na comunidade quilombola se declaram negros, sendo esse achado significativo ($p < 0,05$). A população negra no país se encontra em maior vulnerabilidade social, tal fato é comprovado através de marcadores estatísticos como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Este índice considera alguns critérios, tais como: indicador de educação, renda e taxa de natalidade e mortalidade. A partir desses indicadores é possível concluir que, no Brasil, a pobreza não se distribui democraticamente entre as raças, como evidenciado pelo racismo institucional, com maiores taxas de mortalidade infantil e materna por causas violentas e menores taxas de expectativa de vida para negros e indígenas em comparação com os brancos (IBGE, 2016).

Quanto a escolaridade (Tabela 1), foi evidenciada a associação entre o idoso ter nenhuma escolaridade e alfabetizado com ser quilombola e Ensino Fundamental completo/incompleto com não quilombola, a preocupação com a alfabetização para todos, independentemente da classe social a que o indivíduo pertença, tem sido preconizada na forma de uma educação pública, universal e gratuita, visto que uma grande parcela desta população apresenta baixa condição de escolaridade, com pessoas analfabetas ou com o ensino fundamental incompleto (SILVA, 2018).

Segundo Brasil (2001), o analfabeto é aquele que não pode exercitar todos os seus direitos de cidadania, é aquele que é marginalizado, é aquele que não tem acesso aos bens culturais de sociedades letradas. Atualmente, existem 11 milhões de pessoas que são analfabetas, acima dos 15 anos este percentual corresponde a 6,6 % da população, segundo a PNAD (IBGE, 2019). Diante dessa afirmação, e tendo encontrado uma porcentagem significativa da população quilombola não alfabetizada, isto nos faz supor que os idosos dessa comunidade podem vir a ter o desconhecimento de seus direitos e acessos quanto aos cuidados de sua saúde.

No entanto, um aspecto relevante, relacionado à realidade educacional brasileira, é a evolução da taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou de mais idade. Houve uma queda de 3,1 pontos percentuais nessa taxa nos últimos 10 anos, reduzindo a proporção de pessoas que não sabiam ler nem escrever de 11,1%, em 2005, para 8,0% em 2015 (IBGE, 2016).

De acordo com o IBGE (2019), a taxa de analfabetismo entre pretos ou pardos no Brasil é quase três vezes maior do que o percentual observado entre brancos. Além disso, a escolaridade é um atributo essencial para melhor compreensão da dinâmica populacional no mercado de trabalho, pois permite identificar lacunas de qualificação entre a oferta e a demanda de trabalhadores (IBGE, 2016).

Esse fato influencia bastante na porcentagem da tabela, visto que a maioria dos aposentados são quilombolas, enquanto, muitos não-quilombolas, possuem mais oportunidades de emprego, por residirem em cidades. Contudo, 77% dos idosos quilombolas são aposentados, em contrapartida, os da comunidade não quilombola fazem parte do mercado de trabalho, ou seja, ainda são ativos.

Desigualdades múltiplas e interligadas que pesam sobre a população negra têm se mostrado de forma intensa e agravante ao longo deste período de pandemia. Além de abordar os efeitos diretos da saúde e do acesso à assistência médica, as perspectivas econômicas e trabalhistas surgiram como críticas para, no mínimo, impedir a expansão das disparidades raciais no país (SILVA, 2018).

A estratificação do mercado de trabalho se intensificou neste período de pandemia, além do aumento do desemprego entre a população ocupada, as cidades pretas e pardas foram as que mais perderam empregos e menos se beneficiaram com a manutenção da força de trabalho para trabalho remoto (SILVA, 2018).

De acordo com Martins (2012), a tentativa de compreender as implicações das novas estratégias de produção e subordinação do trabalho ao capital parece demonstrar que a reação burguesa à crise estrutural do capital está afetando uma parcela maior da classe trabalhadora negra. Essa constatação indica que, embora as transformações estruturais no mundo do trabalho ocorram independentemente das fronteiras da

sociedade, elas não excluem a possibilidade de imprimir as marcas distintivas de cada ambiente social.

No caso do Brasil, o racismo, ao se associar às "novas" relações, tem influenciado efetivamente para a concentração da classe trabalhadora negra no desemprego e/ou nas ocupações/empregos informais, com precárias relações de trabalho (MARTINS, 2012).

Observa-se, assim, o processo de reivindicação das organizações e movimentos sociais, representados pelo movimento negro, que iniciaram mobilizações voltadas à promoção da equidade racial e a ampliação dos direitos sociais para a população quilombola; processo esse em que o Estado passa a incorporar uma nova concepção de política pública, pautada no respeito de suas identidades sociais e culturais (BRASIL, 2013).

Nesse ambiente, várias comunidades lutaram para proteger os direitos civis do povo quilombola, incluindo o movimento de educação quilombola, a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq) e setores sociais, exigindo educação pública e de qualidade para todos (BRASIL, 2013).

O assalariamento dos quilombolas está entre os elementos mais importantes para a compreensão destes dados, pois garantem a emancipação e a realização da força de trabalho recém produzida dos remanescentes de quilombo, completando parte essencial do processo de produção de capital que está associado à emancipação da força de trabalho, justamente por tratar de trabalhos relacionados a agricultura familiar, ao invés do comércio propriamente dito (BRASIL, 2001).

Contudo, a ressignificação do termo quilombola para as pessoas idosas das comunidades analisadas contribui para o sentimento de pertencimento e identidade. A cultura quilombola, seus modos e condições de vida devem ser reconhecidos e valorizados para que não haja violações de direitos e sim, ações que contribuam para a qualidade de vida deste grupo (BRASIL, 2013).

5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS ADSTRITOS OU NÃO EM COMUNIDADE QUILOMBOLA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY

Quando a pauta é vulnerabilidade social, as comunidades quilombolas se destacam como grupos que historicamente sofreram em decorrência do processo de exclusão, incluindo a atenção à saúde (GOMES *et al.*, 2013). Justificando o baixo grau de informações sobre os estudos epidemiológicos dessas comunidades, além de haver menos medidas preventivas e recomendações da saúde para os quilombolas. Porém, o conhecimento desses aspectos pode auxiliar no processo de cuidados e na restauração da equidade aos povos quilombolas (COSTA; THULER, 2012).

Em razão disso, a PNSIPN surge como medida compensatória na tentativa de mitigar os efeitos da discriminação e exploração sofridos pelos brasileiros ao longo da história, haja vista que essa história se reflete de diversas formas, inclusive em relação à saúde. Desse modo, o reconhecimento social e político ocorre em concordância com a análise dos aspectos de vida e saúde da população negra, sendo atrelados à possibilidade de benefícios decorrentes da execução de uma política de saúde organizada (COSTA; THULER, 2012).

Ao verificar as condições de saúde de adstritos em comunidades quilombolas e não quilombolas, constatou-se que a maioria são portadores da hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus (68%), enquanto 97% relatam não ter tido acidente vascular cerebral, 97% não teve infarto do miocárdio e 95% relatam não ter qualquer cardiopatia, dos sete pacientes que informaram ter cardiopatia, a insuficiência cardíaca foi presente em dois indivíduos.

Quanto a tuberculose e hanseníase, 100% dos idosos relatam não ter a doença no momento da entrevista e 91% dizem não ser portador de alguma deficiência, dos treze entrevistados que declararam ser deficiente, seis possuem deficiência física, enquanto um possui deficiência intelectual e física e os outros seis são deficientes visuais.

De acordo com Costa E Thuler (2012), a identificação dos fatores de risco para as DCNT's⁷ representa um desafio aos serviços de saúde e tem o potencial de orientar o desenvolvimento de medidas de controle e mudanças de comportamento de risco, pois, muitas vezes, as DCNT's estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, podendo estar ligadas também a hábitos de vida pouco saudáveis, como alimentação inadequada, uso excessivo de álcool, tabagismo, sedentarismo e obesidade (COSTA; THULER, 2012).

A seguir, apresenta-se a Tabela 2 com as condições de saúde dos idosos vinculados ou não ao território da comunidade quilombola.

⁷ As DCNT's, Doenças Crônicas não transmissíveis, são caracterizadas por etiologia múltipla, isto é, causas difíceis de definir, com diversos fatores de risco, curso longo e silencioso, de origem não infecciosa, estando associadas às deficiências e incapacidades funcionais (WHO, 2005).

Tabela 2 - Condições de saúde de idosos adstritos ou não em uma comunidade quilombola assistidos por uma Estratégia de Saúde da Família de Presidente Kennedy/Espírito Santo

Variáveis	Quilombola	Não Quilombola	p
	n=74 (100%)	n=77 (100%)	
HAS			
Sim	60 (81%) ²	43 (56%)	0,0016 ¹
Não	14 (19%)	34 (44%) ²	
DM			
Sim	28 (38%)	20 (26%)	0,1644
Não	46 (62%)	57 (74%)	
AVC			
Sim	3 (4%)	1 (1%)	0,5843
Não	71 (96%)	76 (99%)	
Infarto			
Sim	2 (3%)	1 (1%)	0,9723
Não	72 (97%)	76 (99%)	
Cardiopatia			
Sim	7 (10%) ²	0 (0%)	0,0175 ¹
Não	67 (90%)	77 (100%) ²	
Deficiência			
Sim	11 (15%) ²	2 (2%)	0,0145 ¹
Não	63 (85%)	77 (97%) ²	

Legenda das abreviações: HAS (hipertensão arterial sistêmica); DM (diabetes mellitus); AVC (acidente vascular cerebral).

¹ = Qui-quadrado de Pearson.

² = Resíduo ajustado do $\chi^2 > 1.96$

Fonte: Elaborado pela autora.

As variáveis associadas foram HAS, cardiopatia e deficiência ($p < 0,05$). O resultado do resíduo indicou que a presença de HAS, de cardiopatia e deficiência está significativamente associada com ser quilombola (Resíduo $> 1,96$).

Ao analisar a associação das condições de saúde dos idosos inseridos ou não nas comunidades quilombola, observa-se a associação da hipertensão arterial para os que vivem em comunidade quilombola e não ser portador da doença em comunidade não quilombola.

A Hipertensão Arterial (HA) insere-se no grupo das DCNT's, configurando-se como uma das principais causas de adoecimento e óbito. No entanto, tratando-se da raça negra, esta possui duas vezes mais chances de desenvolver a HA do que indivíduos brancos, além de serem mais propícios a alterações orgânicas que resultam na elevação da pressão arterial (BARRETO *et al.*, 1993).

É nesse contexto que se inserem as comunidades quilombolas, cuja definição baseia-se em critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, vínculos territoriais específicos e presunção na ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. Localizam-se, geralmente, em áreas rurais, possuindo altos índices de analfabetismo e apresentando precárias condições de vida, moradia, saneamento e acesso aos serviços de saúde (BEZERRA *et al.*, 2017).

As taxas de mortalidade por hipertensão arterial nas populações preta, parda e indígena aumentaram; diminuíram na amarela e ficaram estáveis na branca, entre 2005 e 2011, com a hipertensão possuindo um maior risco de morte na população negra (pretos e pardos) em 2011 (SILVA, 2011).

No que se refere à hipertensão, recentes estudos realizados por Silva *et al.* (2016) em adultos de comunidades quilombolas da Bahia, Minas Gerais, Maranhão, Mato Grosso, Espírito Santo e Alagoas, indicaram que a prevalência da doença variou de 23% a 55% e, em todos os estudos, a população tinha baixo rendimento escolar e pertencia a estratos socioeconômicos.

No entanto, de acordo com a Tabela 2, verificou-se, em relação a cardiopatia, associação para os idosos de comunidades quilombola e, para os idosos inseridos nas comunidades não quilombola, moderada prevalência.

Segundo Migliacci (2009), a chance dos adultos negros sofrerem de insuficiência cardíaca é 20 vezes a mais do que os brancos, e morrem dessa doença décadas antes que a condição tipicamente afete um branco, provocadas pelas disparidades sociais entre essas duas raças. No entanto, a insuficiência cardíaca tipicamente acontece entre os idosos, e é rara entre os adultos jovens.

De acordo com a pesquisa realizada por Costa *et al.*, (2020), a qual possui o objetivo de descrever a frequência dos riscos cardiovasculares em idosos em comunidades

quilombolas, foi identificada elevada frequência de fatores de risco cardiovasculares nos idosos quilombolas atendidos na atenção primária à saúde, com destaque para a hipertensão arterial, a adiposidade abdominal e a glicemia capilar elevada, destacando a necessidade de melhoria de acesso da comunidade quilombola aos serviços de saúde.

Entretanto, o acesso aos serviços de saúde tem sido amplamente mitigado por fatores sociais de saúde, bem como por sistemas projetados para lidar com doenças como HAS e cardiopatias (BARROS *et al.*, 2006).

Verifica-se também, na Tabela 2, que 15% dos idosos que vivem em comunidades quilombola no Município de Presidente Kennedy possuem algum tipo de deficiência. Em contraponto, para os idosos que não vivem em comunidades quilombolas, apenas 2% possuem deficiência, isto comprova o fato de que as condições precárias de saúde favorecem o desenvolvimento dessas deficiências.

No entanto, cerca de 63% dos idosos brasileiros apontaram, no último Censo Demográfico, ter alguma deficiência (ENVELHECIMENTO, 2022). Como a perda de algumas funções é comum no processo de envelhecimento, o Estatuto do Idoso entende que esse segmento da população deve ter prioridade na alocação de políticas públicas e recursos para garantir seus direitos, além dessa população ser considerada “especialmente vulnerável” pela Lei Brasileira de Inclusão (DANTAS *et al.*, 2013).

Diante dessas perdas de funções ocasionadas durante o envelhecimento, torna-se importante uma atenção redobrada para os idosos. Contudo, como as comunidades quilombolas geralmente possuem condições mais precárias de saúde, isto favorece ainda mais para o desenvolvimento dessas deficiências desenvolvidas pelo processo de envelhecimento (DANTAS *et al.*, 2013).

É por isso que parcerias são firmadas com os governos dos estados de modo a mapear, consolidar dados e contribuir para o fortalecimento de políticas voltadas para esse público (ENVELHECIMENTO, 2022).

Um exemplo de projeto e que contém esses objetivos é o projeto “Mais Diferenças – Educação e Culturas inclusivas”⁸ que possui a parceria entre a organização não governamental Mais Diferenças e o Governo de São Paulo. Além disso, este projeto foi aprovado pelo Conselho Estadual do Idoso (CEI), que é vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social do governo estadual, e entrou em vigor em 2019 (ENVELHECIMENTO, 2022).

De acordo com as diretrizes e objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, os dados do presente estudo podem contribuir para conferir visibilidade às iniquidades que atingem a população quilombola, identificar necessidades de saúde e, assim, contribuir com o planejamento, avaliação e monitoramento de ações e programas de saúde dirigidos a essas comunidades no Brasil (BRASIL, 2013).

A presente pesquisa traz informações importantes que poderão auxiliar na condução das ações dos idosos da referida comunidade, no entanto, apresenta algumas limitações, como ser um estudo transversal que não permite estabelecer relação de causalidade entre os resultados obtidos como fatores associados aos idosos das comunidades quilombolas. Outra questão a ser levantada é que existem idosos adstritos às comunidades quilombolas que não são afrodescendentes, o que pode influenciar nos resultados. Uma limitação importante foi a pandemia da Covid-19 que, em função da vulnerabilidade do idoso, não permitiu a realização da coleta dos dados de forma presencial e, portanto, se utilizou os registros do prontuário eletrônico, assim trazendo limitações de variáveis coletadas.

⁸ O projeto “Mais Diferenças – Educação e culturas inclusivas” foi fundado em 2005, porém, conseguiu ser efetivado em 2019 no governo de São Paulo, atualmente o projeto contribui ativamente através da influência sobre as temáticas de cultura, educação e defesa de direitos (ENVELHECIMENTO, 2022).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do envelhecimento populacional tem sido um frequente objeto de estudo. Entretanto, esse processo de envelhecimento não ocorreu de maneira homogênea no contexto mundial, pois nos países que estão em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o crescimento da população idosa tem ocorrido de forma muito rápida.

Alguns exemplos de políticas públicas conhecidas são: Política Nacional do Idoso (PNI), Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que consistem, basicamente, em assegurar os direitos sociais do idoso, de modo a criar maior autonomia, melhor integração na sociedade, estabelecendo, por sua vez, melhor qualidade de vida para o idoso.

Para que essas políticas públicas consigam garantir esse direito ao cuidado dos idosos, elas passam a englobar o Estado, a sociedade e as famílias para que seja proporcionado um envelhecimento de qualidade. Sendo a família a fonte principal de cuidado e servindo inclusive como ponto de estratégia para suprir alguns espaços que talvez não sejam totalmente supridos pelas políticas públicas.

Para um melhor preparo do idoso e da família com o envelhecimento, tem-se a Estratégia de Saúde da Família, que é a responsável por vincular a família e os sistemas de saúde, de modo a conseguir identificar os idosos que estão passando por vulnerabilidade social, agindo através de estratégias, programas e ações de modo a possibilitar um envelhecimento digno e com qualidade para todos.

Como essas estratégias são para garantir um melhor envelhecimento para todos, elas podem englobar comunidades com heranças culturais bastante presentes, como por exemplo, comunidades quilombolas, que são mais afastadas da população residente na cidade.

Quando se aborda a população idosa negra e o seu envelhecimento, é necessário um pouco mais de cautela, com o objetivo de garantir um envelhecimento de qualidade e sem que haja desigualdades raciais. Para isso, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que consiste em estabelecer um sistema de saúde que silencie as injustiças raciais e sociais produzidas na sociedade brasileira.

Bem como seus efeitos na saúde e no adoecimento da população negra, de modo a garantir a equidade, oferecer uma saúde integral e combater desigualdades no SUS.

Desta forma, o presente estudo realizou uma coleta de dados de idosos assistidos por uma Estratégia de Saúde da Família no município de Presidente Kennedy, cadastrados em três microáreas, sendo que duas dessas são pertencentes a população quilombola. Tal coleta teve por intuito verificar a associação do perfil sociodemográfico e as condições de saúde geral em idosos dessas três microáreas. Sempre lembrando que os resultados dessa coleta de dados foram ajustados pelo teste do quiquadrado, que é um teste ideal para avaliar a diferença dos dois dados categóricos entre si (idosos quilombolas e idosos não quilombolas).

Com relação ao perfil sociodemográfico, três características do questionário foram bastante relevantes, tais como: etnia, grau de escolaridade e mercado de trabalho. Quanto a escolaridade de idosos quilombolas, 31% são completamente analfabetos e 11% não completaram o ensino fundamental, além disso, 57% dos idosos quilombolas se autodeclararam negros.

Em relação ao perfil de condições de saúde, se observou que HAS, existência de cardiopatia e deficiência estão completamente associados, isto é, são mais frequente em idosos quilombolas, enquanto os não quilombolas possuem poucos casos. Portanto, por serem doenças graves, elas precisam ser tratadas com atenção.

Diante dessas perdas de funções ocasionadas durante o envelhecimento, torna-se importante uma atenção redobrada para os idosos. Contudo, como as comunidades quilombolas geralmente possuem condições mais precárias de saúde, isto favorece ainda mais para o desenvolvimento dessas deficiências desenvolvidas pelo processo de envelhecimento.

No entanto, as contribuições do presente estudo se dão justamente por obter informações sobre os idosos daquela microrregião pertencente ao município de Presidente Kennedy. Deste modo, devido a esses dados obtidos, tornará mais fácil a promoção de ações, estratégias e programas de assistência ao idoso pelas unidades básicas de saúde, para que assim consiga-se garantir um envelhecimento de melhor qualidade para estes idosos. Além disso, considera-se importante a capacitação dos

profissionais que trabalharão naquela região, visto que com as informações obtidas eles conseguiriam atender de melhor maneira as necessidades desta comunidade.

Ademais, o presente estudo é considerado de grande utilidade para a comunidade científica, pois pode ajudar a elucidar a associação de diversos fatores sociodemográficos, econômicos, condições de saúde e hábitos de vida do idoso adstrito ou não em comunidade quilombola. Além de proporcionar maior compreensão dessa população quanto a prevenção e a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, G. K. P. **Política nacional de saúde da pessoa idosa**: discutindo o perfil sociodemográfico, econômico e funcional de idosos restritos ao lar. 2016. 142 p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Programa De Pós-Graduação Em Políticas Públicas E Desenvolvimento Local, Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória – Emescam, Vitória-ES, 2016.
- ALBERTI, V.; PEREIRA, A. A. **História do movimento negro no Brasil**: constituição de acervo de entrevistas de história oral. Rio de Janeiro: CPDOC, 2004.
- ALBUQUERQUE, W. R.; FRAGA FILHO, W. **Uma história do negro no Brasil**. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2006. p. 320.
- ALCÂNTARA, A. Da política nacional do idoso ao estatuto do idoso: a difícil construção de um sistema de garantias de Direitos da pessoa idosa. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 359-377.
- ARAÚJO, L. B. S.; SANTOS, K. M. A.; BERNARDO, K. J. C. Oficinas terapêuticas com mulheres velhas: um recorte de gênero, raça e classe. **Rev. Psicologia, Diversidade E Saúde**, v.10, n.2, p. 282–295, 2021.
- BARRETO, N. D. M. et al. Prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos de raça negra. **Arq. Bras. Med**, v. 67, n. 6, p. 449-51, 1993.
- BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc. Saúde colet.**, v. 11, p. 911-926, 2006.
- BARTH, F. Grupos Étnicos e suas Fronteiras. In: POUTIGNAT, Philippe; STREIFF-FENART, J. **Teorias da Etnicidade**. São Paulo: Ed. UNESP, 2011.
- BEZERRA, V. M. et al. Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, p. 797-807, 2017.
- BOFF, E.; GREGORY, T. Avaliação em idosos matriculados em um programa universitário para idosos. **Rev. Ouricur**, v. 9, n. 1, p. 27-41, 2019.
- BORBA, E. L. et al. A Política Nacional da Saúde do Idoso em perspectiva. **RASI**, Volta Redonda/RJ, v. 5, n. 1, pp. 41-56, jan./abr. 2019.
- BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, p. 11-13.
- BRASIL. **Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente**. Brasília: DF; 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.123).

BRASIL. **Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1º de outubro de 2003; 182º da Independência e 115º da República. Brasília, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741compilado.htm. Acesso em: 03 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília – DF. Fevereiro de 2007.

BRASIL. **Lei n. 12.188, de 11 de janeiro de 2010**. Institui a Política Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural para Agricultura Familiar e Reforma Agrária - PNATER e o Programa Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural na Agricultura Familiar e na Reforma Agrária – PRONATER. Brasil, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 14p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CAMARANO, A. A. Os Dependentes da Renda dos Idosos e o Coronavírus: Órfãos ou Novos Pobres? **Nota Técnica Disoc**, n. 81, jul. 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36188. Acesso em: 22 out. 2021.

CAMARGO. M. C. S. et al. Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2013. **Ciênc. Saúde colet.**, v. 24, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/g984nKS3Y4zYsFPmPGJxVgJ/?lang=pt>. Acesso em: 18 de out. 2021.

CARVALHO, J.; A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai-jun, 2003.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório final da CNDSS. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 29 set. 2022.

CORRÊA, É. R. P.; RIBEIRO, A. M. Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. **Ciênc. saúde colet.** v. 22, n. 3, Mar 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/t9KTdfQM5K6VH4BXv98vk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2021.

COSTA K.M. et al. Fatores de risco cardiovascular em idosos de uma comunidade quilombola. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 154., 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119608/fatores-de-risco-cardiovascular-pt.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.

COSTA L.C.; THULER L.C.S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. **Rev. Bras. Estud. Popul.** v. 29, n. 1, p. 133-145, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982012000100009>. Acesso em: 25 jul. 2022.

DANTAS, C. M. H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em instituições de longa permanência. **Rev Bras Enferm.** v. 66, p. 914-920, 2013. Disponível em: http://old.scielo.br/pdf/reben/v73s3/pt_0034-7167-reben-73-s3-e20190531.pdf. Acesso em: 25 jul. 2022.

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DO BRASIL (DSSBR). **Atlas da violência 2017 mapeia os homicídios no Brasil**. Ipea – Instituto de pesquisa Econômica aplicada. Brasília, 2017. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/atlas-da-violencia-2017-mapeia-os-homicidios-no-brasil/>. Acesso em: 29 set. 2022.

DÍCIO. **Significado de adstrito**. Folha de São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/adstrito/>. Acesso em: 28 set. 2021.

ENVELHECIMENTO e deficiência: direitos e políticas públicas. **Projeto Mais Diferenças**. Educação e Culturas inclusivas. 2022. Disponível em: <https://maisdiferencas.org.br/projeto/idosos-deficiencia/>. Acesso em: 25 jul. 2022.

FAGUNDES, H. Negro no Brasil. **Revista PUC Viva**, v. 28, n. 1, p. 12-20, 2006.

FALEIROS, V. P. Política nacional do idoso em questão: passos e impasses na efetivação da cidadania. In: ALCÂNTARA, A. DE O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Orgs). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 537-

569.<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9148/1/A%20Pol%c3%adtica%20nacional%20do%20idoso.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2021.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto contexto – enf.**, v. 21, n. 1, p. 167-176. Mar 2012.

FERREIRA, O. G. L. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psic.-USF**, v. 15, n. 3, Dez 2010.

FIGUEIRÊDO, D. S. T. O. **Fatores individuais e contextuais associados à incapacidade em idosos brasileiros Belo Horizonte**. 2019. p. 146. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

FONSECA, M. H. Envelhecimento da população, reconfiguração do trabalho e qualificação profissional no Brasil. **Rev. Direitos, Trabalho e Política Social**, v. 6, n. 10, 2020.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 200, Jun 2010.

GEDRAT, D. C.; ALVES, G. G.; SILVA, A. M. P. Percepção de preconceito num quilombo urbano de sul do Brasil. **Ciênc. e Prof.**, v. 40, p. 1-12, 2020.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GIACOMELLI, G. S. et al. Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos. **Rev. de Estudos Sociais**, v. 18, n. 37, p. 165-181, 2016.

GIACOMELLI, G. S. et al. Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos. **Rev. De Estudos Sociais**, v. 18, n. 37, p. 164-181, 2017.

GOMES, F. S. **Mocambos e Quilombos**: uma história do campesinato negro no Brasil. São Paulo: Ed. Claro Enigma, p. 12, 2015.

GOMES, S. **Políticas públicas para a pessoa idosa**: marcos legais e regulatórios. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social, Fundação Padre Anchieta, 2009.

GOMES, K. O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, 2013.

GUEDES, M. B. O. G.; LIMA, K. C.; CALDAS, C. P.; VERAS, R. P. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Artigos Physis* v.27, n.04, 2017.

GUIMARÃES, R. M.; ANDRADE, F. C. D. O paradoxo da Simpson: um estudo de caso demográfico sobre dinâmica da população, pobreza e desigualdade. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 26, n. 10, p. 4453-4469, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais 2016**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 138 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 36). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 24 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Base de Informações sobre os Povos Indígenas e Quilombolas**, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/27480-base-de-informacoes-sobre-os-povos-indigenas-e-quilombolas.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em: 30 maio 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICA (IBGE). Expectativa de vida dos brasileiros aumenta 3 meses e chega a 76,6 anos em 2019. **Agência IBGE notícias**, 26 de novembro de 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29505-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-3-meses-e-chega-a-76-6-anos-em-2019>. Acesso em: 28 out. 2021.

IPATRIMÔNIO. Patrimônio cultural brasileiro. **Presidente Kennedy – Quilombos Boa Esperança e Cacimbinha**. Disponível em: <http://www.ipatrimonio.org/presidente-kennedy-quilombos-boia-esperanca-e-cacimbinha/#!/map=38329&loc=-21.098918301847153,-41.03899910743473,17>. Acesso em: 22 jun. 2022.

LOPES, E. D. S.; PAIXÃO, C. F.; SANTOS, D. B. **Os Cansaços e Golpes da Vida. Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, (n.spe), p. 85-100, 2019.

MACHADO, R. F. O.; VELASCO, F. L. C. G.; AMIM, V. O Encontro da Política Nacional da Educação Ambiental com a Política Nacional do Idoso. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 162-169, set-dez 2006.

MARTINS, E. Constituição e significação de família para idosos institucionalizados: uma visão histórico-cultural do envelhecimento. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 215-236, 2013.

MARTINS, J. J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev Bras Geriatr Gerontol** v. 10, n. 3, p. 371-387, 2007.

MARTINS, T. C. S. O negro no contexto das novas estratégias do capital: desemprego, precarização e informalidade. **Serviço Social & Sociedade** [online], n. 111, p. 450-467, 2012.

MIGLIACCI, P. Insuficiência cardíaca é maior entre os negros, diz estudo. **Byte**, Terra, 20 de março de 2009. Disponível em: <https://www.terra.com.br/byte/ciencia/pesquisa/insuficiencia-cardiaca-e-maior-entre-os-negros-diz-estudo,a5588d06878ea310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html#:~:text=Os%20adultos%20negros%20sofrem%20de,afete%20um%20branco%2C%20reportaram%20pesquisadores>. Acesso em: 23 set. 2022.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v. 19, n. 3, p. 57-519. Mai-Jun 2016.

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus; 2006. p. 09-55.

NETO, C. et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciênc. saúde colet.**, v. 20, n. 6, p. 147- 154, Jun. 2015.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia** - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 15, n. 32, p. 69-79, 1 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization. 60p. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015.

PASCOAL, M. D. H. A. Atenção primária em saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciênc. saúde colet.** v. 1, n. 26, p. 99-108, 2021.

PINHEIRO, B. C. S.; SILVA, A. S. Químicos negros e negras do século XX e o racismo institucional nas ciências. **Rev. Exitus**, v. 9, n. 4, p. 121 -146, 2019. DOI: 10.24065/2237-9460.2019v9n4ID1007.

RIGOTTI, J. I. R. Transição Demográfica. **Educ. Real**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 467-490, maio/ago. 2012.

ROMANO, J. O. **Política nas políticas**: um olhar sobre os estudos na agricultura brasileira. 2007. 364 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica - RJ, 2007.

SANGLARD, C. **Política nacional de saúde da pessoa idosa**: discutindo fatores socioeconômicos, hábitos de vida e vulnerabilidade de idosos de uma estratégia saúde da família de Manhuaçu/MG. 2019. 103 p. Dissertação (Mestrado em Políticas

Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória – EMESCAM, Vitória-ES, 2019.

SANTOS, K. M. A. S.; BERNARDO, K. J. C.; ARAÚJO, L. B. S. Oficinas terapêuticas com mulheres velhas: um recorte de gênero, raça e classe. **Rev. Psicol. Divers. Saúde**, Salvador, v. 10, n. 2, p.282-295, 2021.

SANTOS, S. L.; TURRA, C. M.; 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**. v. 35, n. 2, p. 1-30, 2018.

SESA (Saúde Integral da Juventude Negra da Região Metropolitana de Saúde). **Sesa discute saúde integral da Juventude Negra da Região Metropolitana de Saúde**. Governo do Estado do Espírito Santo. Vitória, 2019.

SILVA, S. P. O panorama laboral brasileiro no contexto recente da economia latino-americana. **Mercado de Trabalho: conjuntura e análise**, v. 65, n. 24, p. 73-84, 2018.

SILVA, S. R. da. A trajetória do negro no Brasil e a territorialização quilombola. **Revista Nera**, v. 14, n. 19, p. 89, 2011.

SILVA, T. S. S. et al. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Colet**. v. 24, n. 3, p. 376-383, 2016.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V. COELHO, M. G. C. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciênc. saúde coletiva** v. 7, n. 4, p. 899-906. 2002.

SOGAME, M.; SCARIM, P. C. **Territórios quilombolas no norte capixaba**. Expropriação e resistência. Espírito Santo: UFES, Aracruz, 2005.

SOUSA, A. et al. Quality of life and functional disability among elderly enrolled in the family health strategy. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 1, p. 302-311, 2018.

TEIXEIRA, S. M. **Serviço social e envelhecimento**. Teresina: EDUFPI, 2020. 387 p.

TORRES, K. R. B. O. et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis** v. 30, p. 1, 2020.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M.de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

TROVO, M.; SALINAS, W. R. **O Movimento Negro no Brasil (1970 – 2010): Resistência e Conquistas**. Cadernos PDE: Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE, v. 1, Curitiba, 2014.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira; **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde colet.** v. 23, n. 6, p. 418-430, 2018.

VIEIRA, R. S.; VIEIRA, R. S. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 14-37, mar/jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report.** Geneva: WHO; 2005.

APÉNDICE

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS*

FICHA DE COLETA DE DADOS	
<i>Características Socioeconômicas</i>	
US: _____	Equipe: _____
MA: _____	
Família: _____	
Idade: _____	Sexo: 0. Masculino 1. Feminino
Raça/Cor: 0. Branco 1. Pardo 2. Negro	
Escolaridade em anos:	
1. Classe alfabetizada.	
2. Ensino Fundamental completo e incompleto 1ª à 8ª.	
3. Ensino Médio e Superior.	
4. Nenhum.	
Situação no mercado de trabalho:	
1. Aposentado/Pensionista.	
2. Assalariado com ou sem carteira de trabalho e servidor Público.	
3. Autônomo com previdência ou sem previdência social.	
4. Desempregado, Não trabalha ou 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	
<i>Condições gerais de saúde</i>	
<i>Hábitos de vida</i>	
Está fumante? 0. Não 1. Sim	
Faz uso de álcool? 0. Não 1. Sim	
Faz uso de outras drogas? 0. Não 1. Sim	
<i>Doenças associadas</i>	
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): 0. Insuficiência cardíaca 1. Outra 2. 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? 0. Auditiva 1. Intelectual/Cognitiva 2. Visual 3. Física 4. Outra

* Elaborada a partir da Ficha A

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

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 Lulza **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

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.

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

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
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, whatsapp, 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 Lulza CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etca@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 Pena 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br