

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

KEILA ROSSI FRANZAGUA MACHADO

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE
KENNEDY DE ACORDO COM O SISTEMA DE INDICADORES DE
SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS**

Vitória
2021

KEILA ROSSI FRANZAGUA MACHADO

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE
KENNEDY DE ACORDO COM O SISTEMA DE INDICADORES DE
SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS**

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 da – EMESCAM, EMESCAM, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame

Área concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

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

Vitória
2021

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

M149s Machado, Keila Rossi Franzagua
Situação de saúde da população idosa de Presidente Kennedy de acordo com o Sistema de Indicadores de Saúde e acompanhamento de políticas / Keila Rossi Franzagua Machado. - 2021.
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, 2021.

1. Saúde do idoso – Presidente Kennedy (ES). 2. Mortalidade – idosos – Presidente Kennedy (ES). 3. Doença crônica - idosos. 4. Políticas públicas de saúde. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 305.26

KEILA ROSSI FRANZAGUA MACHADO

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE
KENNEDY DE ACORDO COM O SISTEMA DE INDICADORES DE
SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS**

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 da – EMESCAM, EMESCAM, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 27 de outubro de 2021.

COMISSÃO 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 Gissele Carraro
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Prof^a. Dr^a. Gracielle Karla Pampolim Abreu
Universidade Federal do Estado do Espírito Santo - UFES

“Dedico este trabalho a Deus, sem ele nada seria possível, e também ao meu esposo, a minha mãe e aos meus irmãos e sobrinhos”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar a vida e forças nos momentos de dificuldades que encontrei pelo caminho, por não me deixar desistir e sou grata por me mostrar que seria capaz de concluir este trabalho, graças a Deus por ter me oportunizado essa grande conquista. Gostaria de agradecer com muito amor e carinho ao meu esposo, Ivan de Souza Machado, que é especial na minha vida, logo, sou grata pelo apoio nos momentos de dificuldades, pela paciência, pelas correções ao longo do tempo, pelo carinho e compreensão que teve comigo durante toda essa trajetória até a conclusão deste curso. Sou grata a minha mãe, Jucelia e meus irmãos, Carla, Katia, Kenya e Luiz Carlos pelo carinho de vocês, pessoas importantes na minha vida, tão quanto as minhas amigas de trabalho que estiveram ao meu lado em alguns momentos deste curso, saibam que são de suma importância. Os agradecimentos se estendem a minha orientadora, Prof^a Dr^a. Luciana Sogame, por acreditar em mim, pelo comprometimento, ensinamentos, as contribuições e por ser a grande responsável diretamente pela conclusão deste trabalho. Gostaria ainda de agradecer a banca examinadora, representada pelos doutores Gracielle Karla Pampolim Abreu e Gissele Carraro por terem contribuído com brilhantes considerações que nortearam a organização final deste trabalho, cujas as observações foram imprescindíveis, me cederam, gentilmente, parte de seu precioso tempo para estar me agraciando com suas presenças. Em oportuno, agradeço a Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy - ES, por meio da Comissão do PRODES - Programa de Desenvolvimento do Ensino Superior e Técnico, por me permitir cursar e concluir o mestrado, gratificando-me com o título de Mestra.

Amar não é aceitar tudo. Aliás: onde tudo é
aceito, desconfio que há falta de amor.
Vladimir Maiakóvski

RESUMO

A transição demográfica e o envelhecimento populacional são uma realidade mundial, marcada pelo aumento da expectativa de vida. As Políticas públicas de atenção ao idoso são uma conquista e garantem um envelhecimento com dignidade e qualidade de vida. Para viabilizar o planejamento de ações dessas políticas é necessário a realização do diagnóstico situacional. Diante deste cenário, este trabalho objetiva verificar a situação da saúde da população idosa de Presidente Kennedy-ES, assim como, identificar os serviços de saúde ofertados pelo município. A elaboração deste estudo utilizou como método a pesquisa exploratória de natureza qualitativa e quantitativa, com levantamento de dados dos anos de 2010 a 2019 do SISAP-idoso, bem como, a busca dos serviços de atenção ao idoso desenvolvidos por esta municipalidade. Foram utilizados indicadores que permitiram avaliar os determinantes e a condição de saúde dos idosos de Presidente Kennedy (PK) e do estado do Espírito Santo (ES). Os dados apresentados, das taxas de mortalidade, são referentes ao ano de 2018. Portanto, verificou-se, como resultados, que, no ano 2019, o índice de envelhecimento da população de PK foi de 68,04, com variação de 70,5 a 66,1 ao se considerar o sexo feminino e masculino, respectivamente. A proporção de idosos de PK entre 60 e 74 anos foi de 73,64%; entre 60 a 69 anos foi de 56,7%, o sexo feminino apresentou 55,27% enquanto o masculino 58,15%; a razão de sexo entre idosos foi de 0,98%; e a razão de dependência econômica foi de 53,58%. Ao se comparar as condições de saúde entre 2010 e 2019 verificou-se aumento da proporção de idosos com alguma deficiência (46,76% vs 74,95%); a proporção de idosos com deficiência motora foi de 19,19% para 43,07%. A taxa de mortalidade por doenças cardíaca hipertensivas foi de 314,14 em Presidente Kennedy, enquanto no ES foi de 93,06; a taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral de PK foi superior ao do ES (188,68 vs 81,98). Observou-se o aumento para 42,86 da taxa de óbitos por Hipertensão e Doenças associadas, considerados evitáveis em Presidente Kennedy, enquanto o ES apresentou valores de 28,87. A assistência de saúde é realizada por meio da Estratégia de Saúde da Família, do Pronto Atendimento Municipal (PAM) e, atualmente, com uma base de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192. Sendo assim, a cidade de PK apresenta proporção de idosos entre 60 a 74 anos, índice de envelhecimento e de dependência econômica em valores próximos ao do ES.

Entretanto, apresenta um aumento importante da proporção de idosos com deficiência física, com destaque para a deficiência motora, crescente taxa de mortalidade por doenças cardíacas e por acidente vascular cerebral. Esses resultados apontam para a necessidade de se intensificar os programas de promoção e prevenção em saúde para a população idosa em Presidente Kennedy, uma vez que, não existem, atualmente, serviços e/ou programas específicos que atendam a população idosa.

Palavras-chave: Idoso; Doença crônica; Mortalidade; Política de saúde.

ABSTRACT

The demographic transition and population aging are a global reality marked by the increase in life expectancy. The public policies for the elderly are an achievement and guarantee an aging with dignity and quality of life. To enable the planning of actions of these policies, it is necessary to carry out a situational diagnosis. In this scenario, this study aims to verify the health situation of the elderly population of Presidente Kennedy-ES, as well as to identify the health services offered by the municipality. The preparation of this study used as method the exploratory research of qualitative and quantitative nature with data survey from the years 2010 to 2019 of SISAP-elderly, as well as, the search for the elderly care services developed by this municipality. Indicators were used to evaluate the determinants and health status of the elderly of Presidente Kennedy (PK) and the state of Espírito Santo (ES). The data presented, of mortality rates, are for the year 2018. Therefore, it was verified as results that, in the year 2019, the aging index of the PK population was 68.04, with a variation of 70.5 to 66.1 when considering the female and male sex, respectively. The proportion of PK seniors between 60 to 74 years old was 73.64%; between 60 to 69 years old was 56.7%, female gender showed 55.27% while male gender was 58.15%; the sex ratio among seniors was 0.98%; and the economic dependency ratio was 53.58%. When comparing health conditions between 2010 and 2019 there was an increase in the proportion of elderly with some disability (46.76% vs 74.95%); the proportion of elderly with motor disability was from 19.19% to 43.07%. The death rate from hypertensive heart disease was 314.14 in President Kennedy, while in ES it was 93.06; the death rate from stroke in PK was higher than in ES (188.68 vs 81.98). It was observed the increase to 42.86 of the rate of deaths by Hypertension and associated diseases, considered preventable in Presidente Kennedy, while the ES presented values of 28.87. Health care is provided by the Family Health Strategy, the Municipal Emergency Room (PAM) and, currently, with a Mobile Emergency Care SAMU 192 base. Thus, the city of PK presents a proportion of elderly people between 60 and 74 years old, aging index and economic dependence index in values close to the ES. However, it presents an important increase in the proportion of elderly people with physical disabilities, especially motor disabilities, and an increasing mortality rate from heart disease and stroke. These results point to the need to intensify health promotion and

prevention programs for the elderly population in Presidente Kennedy, since there are currently no specific services and/or programs to assist the elderly population.

Keywords: Elderly; Chronic disease; Mortality; Health policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização do município de Presidente Kennedy.....	23
Figura 2- Limites Territoriais de Presidente Kennedy.....	24
Figura 3 – Fluxograma do Funcionamento do SISAP-Idoso	26
Figura 4 – Previsão de distribuição da população de 2020 a 2060	36
Figura 5 - Índice de Envelhecimento	49
Figura 6 - População Masculina x Feminina.....	50
Figura 7 – Proporção de Idosos de 60 a 69 anos.....	52
Figura 8 - Proporção de Idosos de 60 a 69 anos – Masculina x Feminina.....	53
Figura 9 – Proporção de Idosos de 60 a 74 anos.....	54
Figura 10 - Proporção de Idosos de 60 a 74 anos – Masculina x Feminina.....	55
Figura 11 – Razão de Dependência entre idosos	56
Figura 12 – Proporção de Idosos com alguma deficiência	57
Figura 13 – Proporção de Idosos com alguma deficiência Motora.....	58
Figura 14 – Taxa de Mortalidade de Idosos por Doenças Cardíacas Hipertensivas .	60
Figura 15 – Taxa de Mortalidade de Idosos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) .	61
Figura 16 – Taxa de mortalidade de Idosos por Hipertensão e Doenças Associadas Consideradas Evitáveis	62
Figura 17 – Taxa de mortalidade por Diabetes	64
Figura 18 – Taxa de mortalidade por Queda.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de vida diaria
ASB	Auxiliar de Saude bucal
AP	Atenção Primária
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CD	Cirurgião Dentista
COVID-19	Doença coronavírus
COSAPI	Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa
DT	Difteria e Tétano
DM	Diabetes Mellitus
ES	Espirito Santo
ENSP	Escola Nacional Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
EI	Estatuto do Idoso
FA	Febre Amarela
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GISE	Grupo de Informação em Saúde e Envelhecimento
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HB	Hepatite B
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LIS	Laboratório de Informação em Saúde
LOAS	Lei orgânica de assistência social
MCDS	Matriz Conceitual por Dimensões de Saúde
MCAPP	Matriz Conceitual para o Acompanhamento de Políticas e Programas
MS	Ministério da Saúde
Nº	Número
ONU	Organização das Nações Unidas
ODS	Objeto de desenvolvimento sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PAI	Programa de Assistência ao Idoso
PK	Presidente Kennedy
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência

SESA	Secretaria estadual de saúde
SEMAS	Seretaria municipal de assistencia social
SUS	Sistema Unico de Saúde
SUAS-PK	Sistema Unico de Saúde de assistencia social de Presidente Kennedy
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SISAP	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas
SSC	Serviço Social do Comércio
UFES	Universidade federal do Espirito Santo
US	Unidade de saúde
UBS	Unidade de Basica Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 MATERIAIS E MÉTODOS	22
2.1 TIPO DE PESQUISA	22
2.2 LOCAL	22
2.3 METODOLOGIA	24
2.3.1 Indicadores do SISAP-idoso	26
2.3.1.1 Determinantes de saúde	27
2.3.1.2 Condições de saúde	28
2.4 QUESTÕES ÉTICAS E ANÁLISE DE DADOS	30
3 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DO IDOSO	32
3.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL	34
3.2 BREVE HISTÓRICO ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DO IDOSO	36
3.2.1 Cuidado em saúde da população idosa de Presidente Kennedy	42
4 SITUAÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE KENNEDY	45
4.1 DETERMINANTES DE SAÚDE DE ACORDO COM O SISAP-IDOSO DA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE KENNEDY	49
4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DE ACORDO COM O SISAP-IDOSO DA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE KENNEDY	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	71

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento configura-se como uma experiência heterogênea, que dependerá de como o indivíduo organiza sua vida a partir de circunstâncias histórico-culturais, incidência de doenças e interação entre fatores genéticos no ambiente que vive (BATTINI; MACIEL; FINATO, 2006). De acordo com Mesquita e Portella (2016), o envelhecimento é definido como um processo natural, progressivo e irreversível, comum a todos os seres de uma espécie e que pode sofrer a influência de fatores sociais, políticos, econômicos e psicológicos.

A Organização Pan-Americana de Saúde (2017) afirma que, em 2050, o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos vai mais que dobrar, passando de 900 milhões em 2015 para cerca de 2 bilhões no referido ano (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017). No mundo, a população de idosos com idade de 65 anos ou mais, era de 6% no ano de 1990, tendo um aumento significativo para 9% no ano de 2019, com uma projeção para o ano de 2050 de 16%, sendo que, se espera que, em cada 6 pessoas, uma tenha mais que 65 anos (UNITED NATIONS, 2019).

No âmbito nacional, de acordo com o Ministério da Saúde, em sete décadas, a média de vida do brasileiro aumentou 30 anos, saindo de 45,4 anos em 1940 para 75,4 anos em 2015. No ano de 2018 os idosos representavam 14,3% dos brasileiros, ou seja, 29,3 milhões de pessoas. Em 2030, existe a perspectiva do número de idosos superar o de crianças e adolescentes de zero a quatorze anos (BRASIL, 2003). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013), o processo de envelhecimento que está acontecendo no Brasil deriva de uma diminuição da natalidade, proporcionando a desaceleração do crescimento da faixa etária de 0 a 14 anos. Com isso, estima-se que, em 2060, 13% dos jovens apresentarão idade abaixo de 14 anos, enquanto que 33% da população apresentarão mais de 60 anos (BRASIL 2003).

De acordo com a Lei 8.842 de 1994, da Política Nacional do Idoso (PNI), em seu Capítulo I, Artigo 2º, considera-se idoso a pessoa maior de sessenta (60) anos, faixa etária esta, reafirmada pelo Estatuto do idoso em 2003 (BRASIL, 1994, 2003). O propósito desta lei é assegurar direitos sociais que garantam a promoção da

autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania (BRASIL, 1994).

Especificamente ao se pensar em saúde, foi publicado, em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com as diretrizes norteadoras para todas as ações no setor. O objetivo do PNSPI é restaurar, manter e promover a autonomia e independência do idoso das seguintes formas: promover um envelhecimento ativo e saudável e fornecer cuidados de saúde abrangentes para os idosos e do estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade das ações (BRASIL, 2006).

Ainda em 2006 foi publicado o documento “Diretrizes de Saúde para Convenções de Saúde”, por meio do Regulamento nº 399/GM, nesse documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, e é proposta uma série de ações que visam, eventualmente, concretizar algumas das diretrizes do PNSPI (BRASIL, 2006b).

A população idosa, assim como todos, passa por situações transitórias ou específicas de vulnerabilidade, com isso, deve ser observado que a fragilidade é uma condição humana universal, e que, no contexto das relações de cuidados com a saúde, objeto deste estudo, o paciente idoso pode se apresentar vulnerável e estar sujeito a ofensas à sua integridade pessoal, fundamentada na fragilidade intrínseca dos seres humanos (PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017).

A presença de vulnerabilidade na população idosa afeta a qualidade de vida, tendo como destaque o envelhecimento, que, na maioria das vezes, está associado a conviver com uma ou mais doenças crônicas e disfunções adquiridas ao longo da vida, devido à grave perda da capacidade física e à existência de doenças, resultando em declínio e da autonomia (NASRI, 2008).

Para Hildon *et al.* (2010), no campo do envelhecimento, a indefensibilidade tem sido interesse crescente entre pesquisadores, profissionais e estudiosos preocupados em operacionalizar, intervir e identificar idosos expostos a eventos adversos ou suscetíveis a danos ao seu bem-estar e saúde. Na última etapa do ciclo de vida, que é a velhice, é provável que o somatório dos fatores socioeconômicos, fisiológicos e

culturais tornem as pessoas mais ou menos fragilizadas (HILDON *et al.*, 2010).

Segundo Andrade *et al.* (2012), o termo fragilidade é muito usado no ramo da geriatria e gerontologia, para demonstrar as condições clínicas desfavoráveis para idosos, no entanto, este desperta o interesse de pesquisadores e profissionais das áreas que estão diretamente ligadas com estas questões de fragilidade de idosos (ANDRADE *et al.*, 2012). Com o passar dos anos, as pessoas com mais idade necessitam de maiores cuidados, pois apresentam um aumento significativo de fragilidades, e alguns eventos adversos na saúde, com isso, o acúmulo de doenças e o declínio do sistema fisiológico ocasionam danos à saúde e proporcionam ao indivíduo maior fragilidade (REMOR; BÓS; WERLANG, 2011).

Segundo Andrade *et al.* (2014), os idosos apresentam algumas comorbidades como, por exemplo, acidente vascular cerebral (AVC), deficiência motora, hipertensão, diabetes. No entanto, no mundo, devido à alta incidência, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem se destacado em relação a outras comorbidades, logo, seu desenvolvimento destaca-se, considerando alguns fatores, tais como a idade, o peso, não praticar atividade física, o consumo de bebidas alcoólicas, o uso de cigarro, e outros fatores (ANDRADE *et al.*, 2014).

Com o objetivo de manter a qualidade de vida dos idosos e garantir um envelhecimento de maneira saudável, o Governo Federal lançou, em 2018, a "Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa". Esta estratégia segue as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), com a função de ajustar a busca pela melhora da qualidade de vida dos idosos em espaços ao ar livre e edifícios, transportes, habitação, na participação social, no respeito e integração social, na participação cívica e empregatícia, na comunicação e informação, no apoio da comunidade e nos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

O município de Presidente Kennedy, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), elaborou o Plano Municipal de Saúde, propondo diretrizes nesta área para o período de 2018 a 2021, tendo como colaboração decretos e os planos do Sistema Único de Saúde (SUS) para apoiar as condições deste sistema e suas capacidades no território para melhorar a saúde da população. O plano de saúde objetiva a

definição de ações anuais e serviços de saúde para evidenciar os resultados apresentados pelo comitê municipal de saúde (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Portanto, tem a possibilidade de avaliações anuais da gestão e a realização de estatísticas sob a orientação de planos, leis e diretrizes orçamentárias, possibilitando, por meio deste, o desenvolvimento de serviços de saúde e a formação de uma rede, desde a atenção básica à saúde, por meio de unidades básicas com estratégias de saúde da família, incluindo ainda, o monitoramento de saúde da população kennedense (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Na área de prestação de serviço, o plano municipal conta com o atendimento por meio de consultas agendadas/programadas e a demanda espontânea de seu território de abrangência. Bem como, executa programas com o objetivo de possibilitar o adequado controle e a avaliação dos resultados, como, por exemplo, o controle de hipertensão e diabetes, a assistência farmacêutica, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, todos estes serviços para garantir uma melhora da qualidade de vida para os idosos de Presidente Kennedy (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Por conseguinte, pode ser observada a importância do envelhecimento com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, porém, esta realidade exige que ocorra a promoção do cuidado para com a saúde em todas as idades, de modo que o idoso seja respeitado e acolhido, mesmo com a falta de recursos e de cuidados específicos de promoção e de prevenção à saúde (TAVARES, 2018). Dessa forma, conhecer a situação de saúde da população idosa de Presidente Kennedy é fundamental para propor ações nos serviços de saúde, a fim de garantir um envelhecimento com qualidade de vida, com autonomia e dignidade.

Diante do exposto, a presente pesquisa se propôs a responder as seguintes perguntas: “Qual a situação de saúde da população idosa de Presidente Kennedy de acordo com Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas (SISAP-idoso)? e Quais os serviços de saúde ofertados à essa população no município?”

Portanto, o interesse em responder essas perguntas surgiram desde o início da minha

graduação em fisioterapia, sempre tive uma curiosidade e um interesse em estudar o idoso em suas profundidades, o cuidado a dedicação de seus familiares a respeito destes idosos, por isso, quando ingressei no mestrado, esta foi a primeira proposta, pois o envelhecimento esta ocorrendo em todo o mundo e precisamos estar atentos a todas as atualizações nesta etapa da vida.

Com isso, ao iniciar a vida profissional trabalhando na rede pública e privada, como fisioterapeuta, saltou-me a seguinte inquietação: quem são os idosos e quais as condições/caraterísticas e a situação desta população idosa de Presidente Kennedy?

Seguindo a tendência mundial, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma rápida e acentuada. A cidade de Presidente Kennedy-ES também se enquadra nessa mudança demográfica, sendo que, a população idosa, em 2020, representava 11,5% da população do município, segundo o IBGE (2019). O envelhecimento é um fator natural e acontece na vida de todos, mas o importante é envelhecer bem, com uma qualidade de vida que proporcione, ao idoso, independência física, psicológica e social. Sendo assim, é de extrema importância este estudo para conhecer melhor a situação de saúde da população idosa de Presidente Kennedy e assim poder contribuir para melhorar o desenvolvimento do serviço de saúde.

Este trabalho contribuirá para os profissionais da área da saúde, uma vez que, foram levantados dados, utilizando a plataforma SISAP-idoso, que caracterizam a condição de saúde da população idosa de Presidente Kennedy, bem como foram identificados os serviços na área de saúde ofertados no município de acordo com o Plano Municipal de Saúde.

Atualmente, ainda é difícil o idoso conseguir “driblar” o preconceito e a discriminação, e se colocar como sujeito, inclusive aceitando usufruir de seus direitos conquistados ao longo das décadas. O intuito é propor ações que venham a contribuir com a diminuição da fragilidade dos idosos, promovendo uma velhice saudável, diminuindo os agravos e as comorbidades que possam incidir sobre os idosos de Presidente Kennedy.

Sendo assim, a presente pesquisa tem como **objetivo geral**: verificar a situação de

saúde da população idosa de Presidente Kennedy-ES com a utilização da ferramenta SISAP-idoso, bem como os serviços de saúde ofertados pelo município. Tem ainda como **objetivos específicos**: a) compreender o processo histórico que culminou no desenvolvimento atual da política de atenção à saúde do idoso; b) verificar a situação de saúde da população idosa por meio do: índice de envelhecimento, proporção de idosos de 60 a 69 anos, proporção de idosos de 60 a 74 anos, proporção de idosos com deficiência, proporção de idosos com deficiência motora, razão de sexo entre idosos, razão de dependência de idosos, taxa de mortalidade de idosos por doenças cardíacas, taxa de mortalidade de idosos por acidente vascular cerebral, proporção de óbitos de idosos por hipertensão e doenças associadas, consideradas evitáveis e c) identificar os serviços de saúde ofertados de acordo com o Plano Municipal de saúde.

Para alcançar esses objetivos, foi realizada uma pesquisa exploratória, qualitativa e quantitativa, que foi dividida em três momentos. No primeiro instante foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos nas bibliotecas eletrônicas da CAPES, do Scielo, e da BVS. Bem como, foram utilizadas as bases de dados eletrônicos Pubmed, Lilacs e Medline. Em um segundo momento foi realizado o levantamento dos principais documentos, portarias, leis, decretos e normas voltadas para a política de atenção ao idoso. Além disso, realizou-se a análise documental de planos, relatórios e outros documentos públicos obtidos junto a secretaria municipal de saúde para identificar os serviços de saúde ofertados à população idosa no município. Por fim, o terceiro momento deste estudo trata-se de um levantamento de informações no SISAP-idoso, banco de dados público, que se refere a pesquisa de campo com os idosos de Presidente Kennedy-ES, que permitirá verificar as condições de saúde da população idosa.

O resultado da presente pesquisa será apresentado em 5 capítulos, sendo que, o capítulo a seguir apresenta, em detalhes, a metodologia utilizada para alcançar os objetivos da presente pesquisa. Na sequência tem-se o capítulo intitulado “O Envelhecimento Populacional e o Desenvolvimento de Políticas Públicas Para o Cuidado do Idoso”, que apresenta o envelhecimento como um fenômeno mundial, marcado pela transição demográfica e o aumento da expectativa de vida. Apresenta também o histórico acerca do desenvolvimento das políticas públicas e as ações em

âmbito nacional, estadual e do município de Presidente Kennedy para o cuidado do idoso.

No capítulo 4 são analisadas a existência de multimorbidade e doenças crônicas no idoso, bem como, os impactos dessas condições na saúde pública do Brasil, apresentando e discutindo os resultados dos dados SISAP-idoso. Por fim, as considerações finais apresentam as principais conclusões da pesquisa realizada e nas referências estão relacionados os materiais bibliográficos utilizados na confecção da dissertação.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A seguir são apresentados os processos e procedimentos que foram empregados para a realização desta pesquisa.

2.1 TIPO DE PESQUISA

A aplicação desta pesquisa foi exploratória, qualitativa e quantitativa, sendo dividida em três momentos.

No primeiro instante foi realizado um levantamento bibliográfico acerca dos objetivos propostos nesta pesquisa, utilizando-se de artigos de bibliotecas eletrônicas: CAPES, Scielo, BVS. Bem como, serão utilizadas as bases de dados eletrônicas Pubmed, Lilacs, e Medline. O período dos artigos pesquisados foi de 1980 a 2021, sendo compostos por textos em inglês, português e espanhol. Os descritores utilizados foram: *Health Services for The Aged, elderly, "Public Policy" "Morbidity" "Mortality"*.

Em um segundo momento foi realizado o levantamento dos principais documentos, portarias, leis, decretos e normas voltadas para a política de atenção ao idoso. Com estes dados realizou-se uma abordagem histórica sobre a evolução da política para os idosos, culminando com o que temos atualmente na legislação. Além disso, realizou-se a análise documental de planos, relatórios e outros documentos públicos obtidos junto à secretaria municipal de saúde para identificar os serviços de saúde ofertados à população idosa.

O terceiro momento deste estudo trata-se de um levantamento de informações no SISAP-idoso, banco de dados público, que refere-se a pesquisa sobre idosos de Presidente Kennedy-ES, que permitirá verificar as condições de saúde da população idosa.

2.2 LOCAL

A cidade de Presidente Kennedy é um município localizado no sul do estado do Espírito Santo, distante 159 km da capital Vitória. Esta cidade faz limite com os

municípios de Mimoso do Sul, Atílio Vivacqua, Itapemirim, Marataízes, além de também fazer divisa com o município de São Francisco de Itabapoana, localizado no estado do Rio de Janeiro. A sua faixa litorânea é banhada pelo Oceano Atlântico, conforme pode ser observado pela Figura 1 e Figura 2 (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

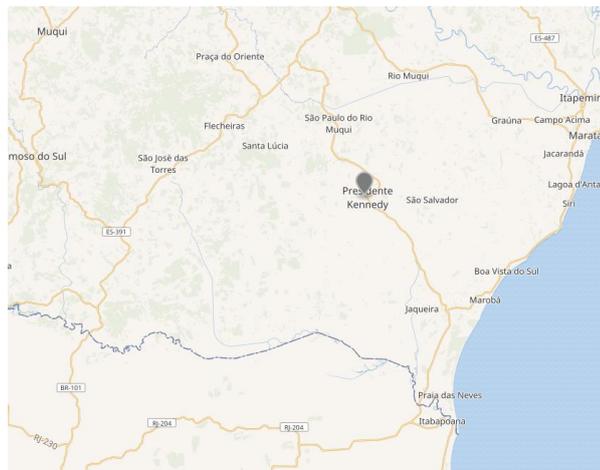
Figura 1 - Localização do município de Presidente Kennedy



Fonte: Presidente Kennedy (2017).

De acordo com o IBGE (2019), a população estimada de Presidente Kennedy, em maio 2020, era de 11.658 pessoas, desta população, 11,5% são idosos no município, que ocupa uma área territorial de 594,897 km².

Figura 2- Limites Territoriais de Presidente Kennedy



Fonte: Presidente Kennedy (2017).

Presidente Kennedy conta com uma economia baseada na plantação de mandioca, maracujá, cana-de-açúcar, leite e mamão, contando com lavouras permanentes e temporárias, além de atuar, também, na pecuária, sendo um dos maiores produtores de leite do sul do estado do Espírito Santo. Esta cidade recebe *royalties* do petróleo, proveniente da exploração do seu litoral e apresenta uma renda per capita (PIB) de R\$ 583.171,85 (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

2.3 METODOLOGIA

Por conta da pandemia da covid-19 e pela dificuldade encontrada para a realização da coleta de dados de vulnerabilidade de idosos atendidos pelo centro de convivência de idosos, proposta inicial da pesquisadora, foi necessária, então, adaptação da pesquisa. Portanto, optou-se pela utilização da base de dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) que é um sistema elaborado pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) do Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Laboratório de Informação em Saúde (LIS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (FIOCRUZ, 2011).

O Grupo de Informação em Saúde e Envelhecimento da Fiocruz (GISE-FIOCRUZ), em conjunto com a COSAPI, é responsável pela manutenção e o desenvolvimento do SISAP-Idoso. Este grupo determina como foco do seu estudo o impacto do

envelhecimento demográfico dentro do panorama epidemiológico e das ações do sistema de saúde, assistência e previdência social, então, diante do envelhecimento da população, novas demandas são apresentadas à saúde pública, sendo necessário o empenho desta para solucionar estes problemas por meio de serviços e ações estratégicas (FIOCRUZ, 2011).

O SISAP-Idoso é um sistema informatizado que utiliza a internet para oferecer aos gestores e a população informações referentes a situação da saúde da população idosa e o seu processo de envelhecimento, fornecendo a possibilidade de consulta de diferentes indicadores, sejam estes, a nível federal, estadual ou municipal, de modo a contribuir para com o desenvolvimento de políticas e ações de prevenção e melhoria da qualidade da assistência à saúde no âmbito dos níveis de atenção do SUS (FIOCRUZ, 2011).

A metodologia do presente estudo foi desenvolvida e assim, utilizando o sistema do SISAP-Idoso, por meio dos indicadores de saúde que são obtidos por intermédio de medidas de sínteses ou quantitativas, sendo possível adquirir informações referentes aos atributos e dimensões das condições de saúde de uma população (FIOCRUZ, 2011).

O SISAP-Idoso desenvolveu uma matriz conceitual do sistema, a Matriz Conceitual por Dimensões de Saúde (MCDS), para agrupar os indicadores de acordo com suas dimensões. Para o acompanhamento de políticas e programas de saúde, alguns indicadores foram escolhidos para compor a Matriz Conceitual para o acompanhamento de políticas e programas (MCAPP) (FIOCRUZ, 2011).

O SISAP-idoso tem um conjunto de diversos indicadores, sendo que, alguns foram utilizados no presente estudo, os que foram selecionados são os que melhor representam as condições e os determinantes de saúde do estado e do município.

A MCDS é formada por quatro dimensões, que são os determinantes da saúde e fatores de risco, condições de saúde dos idosos, serviços de saúde e financiamento, sendo estas subdivididas em diferentes áreas (FIOCRUZ, 2011).

A Figura 3 demonstra o fluxograma do funcionamento do SISAP-Idoso, possibilitando, de acordo com suas premissas, a observação da realidade vivida pelo sistema de saúde do país, de modo a construir seus indicadores e suas matrizes de organização, tendo como base a situação da saúde da população idosa e o desenvolvimento das políticas públicas aplicadas pelo governo para resolver os problemas sociais (FIOCRUZ, 2011).



Fonte: Fiocruz (2011).

Portanto, a análise dos indicadores fornecidos pelo SISAP-Idoso, referentes ao município de Presidente Kennedy, poderá contribuir para com os gestores do sistema de saúde municipal no que tange a avaliação da situação da saúde da população idosa. Sendo assim, contribuirá para a elaboração do planejamento de ações e programas de serviços na área da saúde do idoso, utilizando, de forma eficiente e eficaz, os recursos públicos.

2.3.1 Indicadores do SISAP-idoso

Para analisar a situação da população idosa de Presidente Kennedy foram avaliados os indicadores referentes aos determinantes da saúde e condições de saúde, conforme o demonstrativo a seguir, que estuda os fatores ambientais por meio dos indicadores das características demográficas, compreendendo:

2.3.1.1 Determinantes de saúde

a. O índice de envelhecimento da população idosa foi definido pelo SISAP-Idoso como a razão entre o número de indivíduos com 60 anos ou mais de idade pelos 100 indivíduos menores de 15 anos de idade residentes em um espaço demográfico, sendo assim usado também para o índice de envelhecimento da população de Presidente Kennedy masculino e feminino (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 1:

$$\frac{\text{População de Idosos de 60 anos ou mais}}{\text{População com menos de 15 anos}} \times 100 \quad (1)$$

b. A proporção de população idosa de 60 a 69 anos foi definida pelo SISAP-Idoso como a razão entre o número de indivíduos com idade de 60 a 69 anos pela população de idosos total residentes em um espaço demográfico, incluindo também, população feminina e masculina de Presidente Kennedy (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 2:

$$\frac{\text{População de Idosos de 60 a 69 anos}}{\text{População idosa total}} \times 100 \quad (2)$$

c. A proporção de população idosa de 60 a 74 anos foi definida pelo SISAP-Idoso como a razão entre o número de indivíduos com idade de 60 a 74 anos pela população de idosos total residentes em um espaço demográfico, incluída a população do sexo masculino e feminino de Presidente Kennedy (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 3:

$$\frac{\text{População de Idosos de 60 a 74 anos}}{\text{População idosa total}} \times 100 \quad (3)$$

- d. A razão de dependência econômica de idosos é a razão entre o número de idosos de 60 ou mais economicamente dependentes e o segmento etário potencialmente produtivo de 15 a 59 anos residente no mesmo local e espaço geográfico no ano considerado (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 4:

$$\frac{\text{População de idosos de 60 anos ou mais}}{\text{População de 15 a 59 anos}} \times 100 \quad (5)$$

2.3.1.2 Condições de saúde

Os índices que demonstram às condições de saúde dos idosos por meio do estado funcional, de acordo com a realização das atividades cotidianas são:

- a. A proporção de idosos com alguma deficiência foi definido pelo percentual de idosos com 60 anos que constataram alguma deficiência mental, física ou motora permanente (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 5:

$$\frac{\text{Número de idosos que declaram ter alguma deficiência}}{\text{População idosa}} \times 100 \quad (5)$$

- b. A proporção de idosos com alguma deficiência motora foi definido pelo percentual de idosos com 60 anos que constataram alguma deficiência motora permanente ou com alguma deficiência momentânea, como subir escada ou caminhar (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 6:

$$\frac{\text{Número de idosos que declaram ter alguma deficiência motora}}{\text{População idosa}} \times 100 \quad (6)$$

- c. A taxa de mortalidade de idosos por doenças cardíacas foi determinada por meio da razão entre o número de óbitos por doenças cardíacas hipertensivas em idosos de 60 ou mais por 100 mil habitantes da mesma faixa etária que residem no mesmo local e espaço geográfico, no ano considerado (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 7:

$$\frac{\text{Número total de óbitos por doença hipertensiva}}{\text{População total de idosos}} \times 100000 \quad (7)$$

- d. A taxa de mortalidade de idosos por acidente vascular cerebral foi obtida pelo SISAP-Idoso, o número de óbitos por AVC na população de 60 anos ou mais por 100 mil habitantes da mesma faixa etária, residente no mesmo local e espaço geográfico, no ano considerado (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 8:

$$\frac{\text{Número total de óbitos de idosos por AVC}}{\text{População total de idosos}} \times 100000 \quad (8)$$

- e. A taxa de mortalidade de idosos por hipertensão e doenças associadas, consideradas evitáveis, é o número de óbitos de idosos causados pela hipertensão e doenças associadas na população de 60 a 74 anos por 100 mil habitantes da mesma faixa etária, residente no mesmo local e espaço geográfico, no ano considerado (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 9:

$$\frac{\text{Nº total de óbitos de 60 a 74 anos por hipertensão e doença associadas}}{\text{População total de idosos 60 a 74 anos}} \times 100000 \quad (9)$$

- f. A taxa de mortalidade por queda é o número de óbitos por queda em pelo menos uma das causas, na população idosa de 60 anos ou mais por 100 mil habitantes de mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 10:

$$\frac{N^{\circ}\text{total de obitos por queda a empelomenosumadas causas}}{\text{Populaçãototal de idosos}} \times 100000 \quad (10)$$

g. A taxa de mortalidade de idoso por Diabetes Mellitus é o número de óbitos por diabetes mellitus na população idosa de 60 anos ou mais por 100 mil habitantes de mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Pode ser observado pela Equação 11:

$$\frac{N^{\circ}\text{total de obitos por diabetes Mellitus}}{\text{Populaçãototal de idosos}} \times 100000 \quad (11)$$

As informações que compõem o SISAP-idoso foram obtidas por meio da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), do Censo Demográfico, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (FIOCRUZ, 2011).

Para efeito de análise, os indicadores adquiridos das bases do SISAP-Idoso para o município de Presidente Kennedy foram comparados com os valores encontrados no âmbito estadual do Espírito Santo.

2.4 QUESTÕES ÉTICAS E ANÁLISE DE DADOS

Os dados apresentados na presente pesquisa são de domínio público da base de dados do SISAP-idoso, logo, as informações são agregadas e não possibilitam a identificação individual, sendo assim, não é necessária a aprovação do comitê de ética e pesquisa, conforme o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de 466/2012 e 510/2016.

De posse dos dados coletados, realizou-se a organização e análise das informações para possibilitar atingir os objetivos da pesquisa. Os dados obtidos pelo SISAP-idoso

foram apresentados na forma de gráficos e discutidos com o resultado da pesquisa bibliográfica.

3 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DO IDOSO

O envelhecimento populacional atualmente é um fenômeno mundial de considerável relevância que determina o aumento da população idosa com relação aos demais grupos etários (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010). Conceitualmente, o envelhecimento é um processo dinâmico e gradual, durante o qual, mudanças na forma, função, bioquímica e psicologia farão com que os indivíduos percam a capacidade de adaptação ao ambiente, levando a uma maior vulnerabilidade e maior processo patológico (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010). No entanto, o indivíduo que possui idade superior, ou igual a 60 anos, é considerado idoso, logo, este pode ser observado como uma pessoa que desfrutou a felicidade de viver uma longa vida produtiva, adquirir uma grande experiência, de modo a ser uma ponte entre o passado e o presente, tal qual, o jovem é uma ponte entre o presente e o futuro, e que, no presente, leva uma vida ativa, plena de projetos e cheio esperanças. Por isso, o tempo passa rápido, porém, a velhice nunca chega (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010).

Globalmente o envelhecimento populacional é uma vitória para o ser humano, a medicina, a extensão econômica e social, a contenção de doenças, e a precaução de lesões e diminuição de risco de óbito (UNITED NATIONS, 2019).

No mundo, a transição demográfica não ocorre de maneira uniforme. Nos países desenvolvidos, esse processo ocorre de forma gradativa há mais de cem anos, acredita-se que essa transição tenha se originado na Europa durante a revolução industrial (NASRI, 2008). Transição demográfica é um conceito que descreve a dinâmica do crescimento populacional devido ao desenvolvimento da medicina, à urbanização, ao desenvolvimento de novas tecnologias e ao avanço das taxas de natalidade. O envelhecimento de uma determinada população não decorre da diminuição da mortalidade, mas da diminuição da fecundidade, sendo necessário, portanto, aumentar a proporção da população considerada envelhecida ou em processo de envelhecimento, razão de número por jovens pessoas (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987).

No século XX, a origem das mudanças das taxas de natalidade e de mortalidade,

verificadas em países europeus, pode estar relacionada ao desenvolvimento econômico e ao processo de modernização da sociedade e as consequentes mudanças no ritmo de crescimento populacional que transformaram as sociedades rurais e tradicionais com altas taxas de natalidade e mortalidade em cidades e sociedades modernas com baixas taxas de natalidade e mortalidade, o que constituíra um plano de transição. Portanto, nessa experiência, a sociedade vive um período de desequilíbrio populacional, havendo um descompasso entre mortalidade e natalidade. Reduções precoces na mortalidade e nas taxas de natalidade promoveram um crescimento populacional mais rápido (VASCONCELOS, 2012).

O declínio da fertilidade foi o ponto principal para o envelhecimento da população, que precisa se adaptar para as novas tendências econômicas e sociais para a garantia do cumprimento do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que pretende obedecer uma agenda até 2030 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

De acordo com Carvalho (2007), poderiam ser definidos dois cortes etários para caracterizar a população idosa dos países desenvolvidos e a dos em desenvolvimento. A população idosa dos países desenvolvidos seria aquela com 65 anos ou mais, enquanto que nos países em desenvolvimento a população idosa seria aquela com 60 anos ou mais de idade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU) foram importantes para a análise e divulgação dos impactos, por vezes, negativos, advindos do envelhecimento sobre os países em desenvolvimento, levando em consideração a escassez de recursos e investimentos públicos específicos para este segmento populacional. O objetivo destas organizações foi, primordialmente, impulsionar esses países a adotarem medidas para o enfrentamento dessa nova realidade (SIQUEIRA, 2014).

Neste contexto, cresce o interesse em investigar se a totalidade do número adicional de anos acrescido à expectativa de vida está sendo vivida em condições de saúde adequada, assim como, observar os tipos de problemas de saúde experimentados por estes indivíduos idosos, de modo a destacar o papel fundamental do uso dos serviços de saúde (CASTRO; VARGAS, 2009).

Destaca-se que, segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), a expectativa de vida é afetada diretamente pelas condições socioeconômicas dos países, sendo que, em 2016, registrou-se, em países de baixa renda, uma expectativa de vida de 62,7 anos e nos de classe socioeconômicas alta têm-se uma expectativa de vida de 80,8 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

3.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL

No Brasil, o declínio das taxas de fecundidade inicialmente foi observado nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, em seguida, alastrou-se rapidamente por toda a população, desencadeando um processo de reestruturação etária, no qual verificou-se o aumento do número de indivíduos adultos e idosos e a diminuição da população de crianças e jovens (GARCIA *et al.*, 2006).

Por conta do envelhecimento populacional, a expectativa de vida do brasileiro manteve sua ascensão, sendo registrada no valor de 48 anos em 1960. Neste período, os indivíduos com 60 anos ou mais representavam 4,7% do total de brasileiros no país (IBGE, 2010, 2011). A revolução demográfica no Brasil tem início na década de 1970 e as tendências de queda da natalidade e da mortalidade ficam ainda mais acentuadas na década de 1980. Em 1991, a taxa bruta de natalidade caiu para 23,7 nascimentos por 1.000 habitantes, com uma média de 2,9 nascimentos por mulher (VASCONCELOS, 2012).

Na década de 1990, a expectativa de vida da população brasileira continuava crescendo, apesar do perfil epidemiológico que era preocupante. O início dos anos 1990 foi caracterizado por epidemias de cólera, aumento nas taxas de dengue, malária e leishmaniose, altas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias (PAIM, 2003). Entretanto, nesse mesmo período, a expectativa de vida dos brasileiros encontrava-se em torno de 68,4 anos. Sendo, 64,6 para os homens e 72,3 para as mulheres. O idoso na sociedade, em 1990, já representava a porcentagem expressiva de 7,3% da população brasileira (CAMARANO; PASSINATO, 2004). Sendo assim, este grupo etário, composto por pessoas acima de 65 anos, cresceu de 3,5%, em 1970, para 5,5% em 2000

(MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Na população brasileira destaca-se o aumento da proporção de mulheres à medida que os idosos envelhecem. Em 2000, para um grupo de 100 mulheres, havia cerca de 80 homens (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

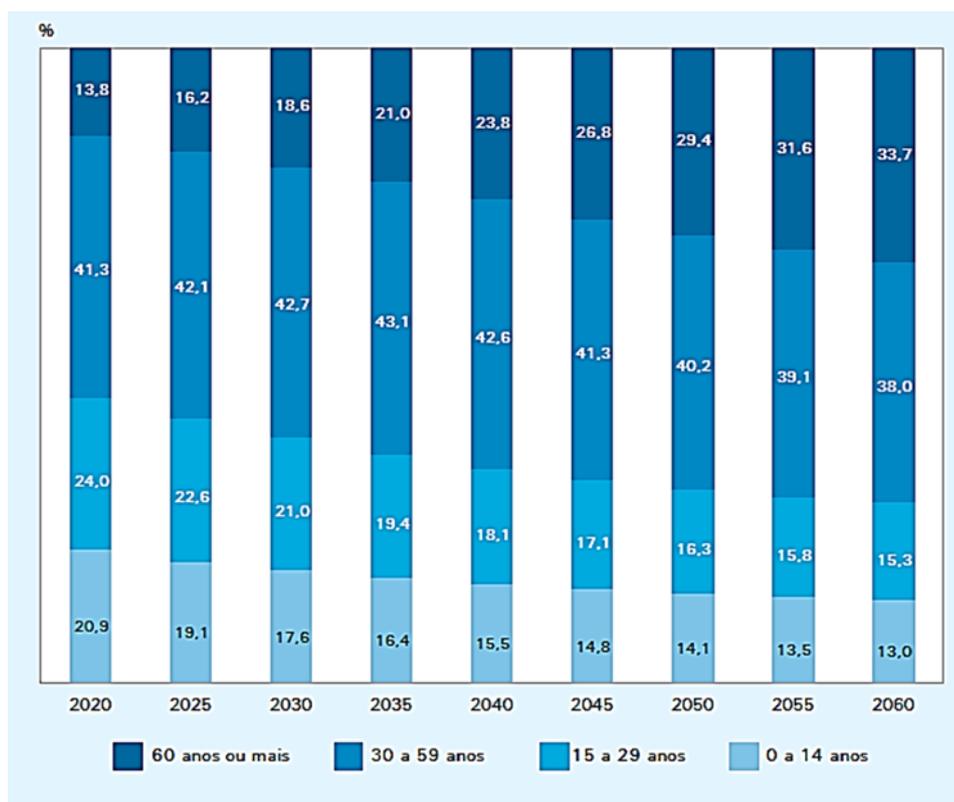
Em 2010, a idade mediana aumentou para 27 anos, apenas 1 em cada 4 habitantes tinham idade inferior a 15 anos e 10,8% tinham 60 anos ou mais de idade. O índice de envelhecimento aumentou para 44,8%, logo, para cada 100 jovens havia 45 idosos (VASCONCELOS, 2012).

Segundo o censo de 2015, a expectativa de vida era de 75,5 anos para o total da população do Brasil (IBGE, 2016). Desta forma, em 2016, a expectativa de viver dos brasileiros era, em média, de até 75,8 anos (IBGE, 2017). No ano de 2018, a expectativa de vida, em média, foi alterada para até os 76,3 anos. Sendo que, para os homens era de 72,5 anos em 2017, passando para 72,8 anos em 2018, enquanto que, a das mulheres passou de 79,6 para 79,9 anos no mesmo período (IBGE, 2019).

Segundo dados do IBGE (2019), a pessoa que nascer em 2020 viverá em média 76,7 anos. Espera-se que, no ano de 2025, o Brasil esteja com uma população de cerca de 34 milhões de pessoas acima de 60 anos (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987). Citando uma pesquisa de projeção do IBGE, a expectativa de vida dos brasileiros será de 78,33 anos de vida em 2030 (IBGE, 2019).

O número de idosos entre homens e mulheres não é homogêneo nas diferentes faixas etárias, segundo Lebrão (2007), em 2050 haverá aproximadamente 76 homens para cada 100 mulheres na população idosa com menos de 80 anos, esse fenômeno é mais acentuado entre os idosos com mais de 80 anos. Há 61 homens em cada 100 mulheres e quase duas mulheres em cada homem. Pode ser observada pela Figura 4 a previsão de distribuição da população de 2020 a 2060, considerando os diferentes ciclos de vida.

Figura 4 – Previsão de distribuição da população de 2020 a 2060



Fonte: IBGE (2013).

Pode ser verificado, pela Figura 4, que a proporção de jovens de 0 a 14 anos tende a diminuir gradativamente de modo a atingir 13% da população brasileira em 2060, enquanto que, na população de 60 anos ou mais se observa um acentuado aumento e calcula-se que este poderá atingir a proporção de 33,7% de toda população brasileira em 2060 (IBGE, 2013).

Como pôde ser observada, a expectativa de vida dos brasileiros vem aumentando com os anos, passando de 43 anos em 1945 para 73,3 anos em 2018, podendo alcançar, de acordo com o IBGE, o valor de 78,33 anos até 2030 (IBGE, 2018).

3.2 BREVE HISTÓRICO ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DO IDOSO

A primeira ação de benefício à população idosa foi registrada em 1923 com a aprovação da Lei Elói Chaves, que apresentava como principal objetivo fornecer aos

empregados ferroviários os benefícios das Caixas de Aposentadoria e da Pensão Social (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; PAIM, 2003). Porém, apenas na década de 1950 que o desenvolvimento industrial favoreceu o crescimento do complexo médico hospitalar, facilitando aos previdenciários o acesso a este serviço (POLIGNANO, 2006).

O primeiro artigo de direitos dos trabalhadores foi elaborado em 1960 pelo governo Médici, por intermédio da Lei nº 3.807, que apresentava como objetivo “assegurar aos seus beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, por motivo de idade avançada, incapacidade, tempo de serviço, prisão ou morte daqueles de quem dependiam financeiramente” (BRASIL, 1960, s./p.).

No entanto, nesta lei de 1960 é definida a aposentadoria por idade aos 70 anos para homens e 65 para as mulheres (BRASIL, 1960). Em 1973, este artigo foi revogado pela Lei nº 5.890, que considerava a pessoa como idosa a partir de 60 anos para as mulheres e 65 anos para os homens, estando estes aptos a aposentarem-se (BRASIL, 1973).

Na ausência do Estado, o trabalho social realizado com os idosos foi desenvolvido pelo órgão não governamental chamado Serviço Social do Comércio (SSC), suas ações foram realizadas desde 1963. Este serviço é pioneiro no desenvolvimento de programas sociais com idosos, caracterizando-se pela organização de um conjunto de atividades para a participação dos idosos, assistência, cultura, educação, lazer e saúde. As atividades desenvolvidas eram voltadas para as principais necessidades dos idosos, tais como, a promoção da saúde, sociabilização dos indivíduos e promoção da autoestima e autonomia (CARVALHO, 2007).

Em 1975 foi implantado o primeiro programa governamental, o Programa de Assistência ao idoso (PAI), posteriormente surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que desenvolveu o programa voltado para os grupos de convivência para idosos previdenciários (CORREA, 2009). Estes indivíduos eram atendidos nos postos do INPS, com o objetivo de melhorar a condição para promoção social e uma série de ações, atividade física, recreação, acesso à cultura e outras ações que melhoravam a qualidade de vida e saúde (CORREA, 2009).

No entanto, o ministro da Previdência e Assistência Social, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, em 1976 realizou seminários Regionais com o intuito de diagnosticar questões relacionadas à velhice dos nossos pais, sendo desenvolvidas as linhas básicas de uma política de assistência social e proteção ao idoso. Deste seminário originou-se um acervo de informações sobre os idosos e o importante documento que foi intitulado “Políticas para a 3º Idade: diretrizes Básicas” (RODRIGUES, 2001).

Embora a necessidade de agregar qualidade de vida, facilitando o desenvolvimento das capacidades funcionais, observando as vulnerabilidades na população idosa, foi consolidada, em 1994, a Política Nacional do Idoso (PNI), no entanto, a constituição de 1988 já nos trouxe em seus artigos que o direito dos idosos necessitava ser assumido pelo poder público, e precisava ter leis federais, a PNI foi posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96.6 (RODRIGUES *et al.*, 2007; MONTEIRO *et al.*, 2018).

A PNI consolida os direitos já adquiridos na Constituição Federal e busca evitar o descumprimento pelos meios legais, promovendo a proteção integral do idoso (SOUZA, 2014). “Assim, a política visa criar condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994).

Entre as ações no setor de saúde tem-se destaque o programa de imunização para idosos, implantado em 1999, ocorrendo assim, a primeira atualização da caderneta de vacinação contra a influenza para as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Em 2000, a idade da população idosa a ser vacinada passou para 60 anos ou mais, logo, torna-se fundamental a imunização destes contra a influenza e pneumonia, evitando um maior risco de adoecer e morrer destas doenças (BRASIL, 2010). Em 2018, devido a uma nova atualização da caderneta de vacinação, foram oferecidas mais opções de imunização para estes indivíduos, sendo estas a difteria e tétano (Dt), Hepatite B (HB) e febre amarela (FA) (BRASIL, 2010).

Na busca pela consolidação dos direitos dos idosos, foi publicado, em outubro de 2003, o Estatuto do Idoso (EI) por meio da lei federal nº 10.741, conforme pode ser

observado nos artigos descritos abaixo:

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.
Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003, p.1).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), promulgada pela Portaria 2.528, de 19 de outubro que define diretrizes norteadoras para todas as ações no setor de saúde e objetiva um envelhecimento saudável. Entre os objetivos dessa política destaca-se a necessidade de se preservar a capacidade funcional e manter a qualidade de vida em consonância com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006). O principal objetivo do PNSPI é resgatar, manter e promover a autonomia e independência do idoso sob a orientação das sete diretrizes, tendo como foco a promoção da saúde e o atendimento multiprofissional ao idoso, conforme segue:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações Inter setoriais, visando à integralidade das ações;
- Implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006c, p. 2).

O objetivo principal do PNSPI é restaurar, manter e promover a autonomia e independência do idoso, e adotar medidas de higiene coletiva e pessoal para esse fim, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O alvo dessa política compreende todo o cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

Foi também no ano 2006 que se estabeleceu o Pacto pela Vida, com o intuito de fortalecer estes compromissos através de seus componentes de Defesa do SUS e de

Gestão. Atualmente, a saúde do idoso parece ser uma das prioridades e oportunidades de introdução e discussão com gestores, profissionais da rede de serviços de saúde e população em geral, apresentando novas realidades sociais e implicando em transformações na população idosa (BRASIL, 2010).

Especificamente no estado do Espírito Santo, em 2008, foi implantado o Programa de Atenção ao Idoso, que teve como objetivo elaborar estratégias para os municípios implantarem o Programa Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (ABREU, 2016). Esse programa estabeleceu diretrizes, normas e estratégias para a organização da rede de atenção à saúde da pessoa idosa, bem como, instituiu a Equipe Técnica de Referência de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) (MENDES, 2011).

Em 2010 foi criado pelo Ministério da Saúde o caderno de atenção básica, com o intuito de facilitar as técnicas específicas para os profissionais que atuam na atenção básica de forma prática e diária em relação à saúde (BRASIL, 2010).

Em 2011, o Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde do Idoso, firmou convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), com o intuito de capacitar, até o ano de 2012, dois mil profissionais que atuam no SUS (BRASIL, 2010).

Especificamente no ES, no ano de 2016, foi implantado o plano estadual de saúde 2016 – 2019, que teve como estratégia prioritária a sua organização na saúde da família, tendo como princípios norteadores a universalidade, a acessibilidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Destaca-se que, neste plano, um dos focos foi a saúde do idoso e o controle da HAS e diabetes mellitus entre outras morbidades (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Em 2018, o Ministério da Saúde lançou a "Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa", com o objetivo de manter a qualidade de vida dos idosos e garantir um envelhecimento de maneira saudável, tendo como função ajustar a busca pela melhora da qualidade de vida dos idosos e melhorias no transporte, habitação, na participação social, no respeito e integração social, na participação cívica e empregatícia, na comunicação e

informação, no apoio da comunidade e nos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Em âmbito estadual, a secretaria de saúde do estado do Espírito Santo iniciou a discussão sobre a reorganização da rede de atenção à saúde do idoso. Nesse evento foi destacada a importância do reconhecimento do idoso para a elaboração de uma rede de atenção adequada, sendo levantados diversos temas estratégicos voltados para a prevenção e proteção dessa população, tais quais: saúde e envelhecimento, estratificação do idoso, reconhecimento rápido do idoso frágil, e elaboração e implementação do plano de cuidados personalizado (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Entretanto, no ano de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou o mundo sobre uma doença chamada SARS-CoV-2, conhecida popularmente como covid-19, caracterizada como uma doença infecciosa que se apresenta nos infectados com sintomas de tosse seca, febre entre outros. Estes sinais e sintomas são gradativamente leves e vão se agravando, podendo levar ao óbito. A princípio, uma das populações mais vulneráveis eram os idosos, o que fez ser necessário mudar a dinâmica de vida dessa população. Desde então, os idosos foram orientados a se isolarem em ambientes seguros e estão em distanciamento social, o que afetou suas dinâmicas diárias, visto que, com o intuito de se proteger da doença, os mesmos, pararam suas atividades coletivas e em grupo de apoio (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021). Esse distanciamento social afetou a relação das famílias e trouxe, em muitos casos, problemas de saúde para a população idosa, como insônia, depressão entre outros (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Em consequência da pandemia da covid-19, a expectativa de vida dos brasileiros sofreu um *deficit* em 2,2 anos, ao se considerar os idosos com mais de 60 anos, bem como, ocorreu a redução da taxa de natalidade em 3,2 anos, pois as mulheres em idade reprodutiva foram afetadas por esta doença, ocasionando um alto índice de mortalidade materna. Desta forma, projeta-se a redução do crescimento populacional, logo, os idosos e as gestantes foram os grupos que apresentaram maiores agravos por decorrência desta doença (CAMARANO, 2021).

3.2.1 Cuidado em saúde da população idosa de Presidente Kennedy

Por intermédio das informações obtidas através da secretaria municipal de saúde, as iniciativas voltadas para o cuidado dos idosos de Presidente Kennedy utilizam como referência as políticas públicas estabelecidas pelo Governo Federal e estadual. A prefeitura de Presidente Kennedy conta com um plano municipal de saúde, executado pela secretaria de saúde e seu fundo municipal, chamando “A saúde que eu quero começa por mim”, idealizado em 2017, com uma proposta de atenção à saúde para o período de 2018 a 2021, objetivando a promoção e a preservação da saúde. Essa meta é atingida por meio da atenção primária e tem como objetivo ofertar uma saúde de qualidade, diminuindo o tempo de resposta do atendimento, assim promovendo uma prevenção da saúde e promoção, proporcionando uma resolutividade dos serviços (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

A atenção primária tem um importante papel no cuidado do idoso, esse cuidado apresenta algumas particularidades, que requerem conhecimento técnico, capacidade de enfrentar diversas situações e agir com base na imprevisibilidade associada a situações ao caso e ou relacionadas ao processo de envelhecimento. Essas características podem interferir na organização dos serviços de saúde, principalmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família, e demandam um trabalho multiprofissional e Intersetorial (ABREU, 2016).

O município de Presidente Kennedy está organizado por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), ferramenta importante para a organização do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias residentes em uma área geográfica delimitada e tem como função executar desde intervenção curativa individual, até ações em saúde pública: saneamento, desenvolvimento nutricional, vacinação, profilaxia de doenças, ações de atenção a problemas sanitários de caráter social, como violência, transtornos mentais, uso de drogas, com o horário de funcionamento das respectivas unidades de saúde das 07h00min horas as 16h00min horas, alcançando 100% de cobertura de atendimento. Para a assistência em saúde, o município foi dividido em 05 regiões que dispõem de 9 UBS, sendo 05 com ESF e 04 Unidades de Apoio,

localizadas 01 na zona urbana e 08 na zona rural (PRESIDENTE KENNEDY, 2017). No ano de 2021 são 12 equipes com 6 ESF e 6 US (Unidade Saúde) sendo 2 na zona urbana (sede I e II) e 10 na zona rural (Jaqueira, Marobá, Boa Esperança, São Salvador, São Paulo, Cancelas, Gromogol, Santo Eduardo, Mineirinho, Santa Lucia).

No entanto, em 2017, a Atenção Primária, através da ESF, fez um acompanhamento¹ de aproximadamente 139 famílias assentadas, 02 famílias cigana, 300 famílias quilombolas e 31 famílias de pescadores, além da população em geral (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

A saúde Bucal estava presente nas 05 ESF no ano de 2017 e, até 2021, esperava-se ter 11 unidades de saúde em Presidente Kennedy, composta por cirurgião dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB), oferta de atenção odontológica básica e integral a 100% da população. Além disso, o município oferta atendimento através de Unidade Móvel Odontológica, em localidades mais afastadas, priorizando o público em idade escolar e os pacientes com dificuldade de locomoção (PRESIDENTE KENNEDY, 2017). No ano de 2021, a secretaria de saúde conseguiu alcançar o objetivo de implantar 12 unidades com dentista, para melhor atender sua população. Em virtude da pandemia da covid-19, a unidade móvel odontológica encontra-se parada, pois as escolas estão suspensas pelo decreto do governo estadual e os pacientes de difícil locomoção vão à unidade de saúde mais próxima à sua casa.

Na atenção de média complexidade, o município de Presidente Kennedy, que oportuniza o pronto atendimento municipal (PAM), conta com um atendimento humanizado de qualidade e atenção aos usuários, realizando pequenos procedimentos e transferência para alta complexidade quando necessário, bem como promovendo a saúde, proteção e prevenção do indivíduo (PRESIDENTE KENNEDY, 2017). Segundo informações obtidas por intermédio da secretaria municipal de saúde de Presidente Kennedy, na ampliação de unidades para o Sul do estado, o município foi um dos contemplados com a assistência pré-hospitalar do Serviço de Atendimento

¹ Segundo informações obtidas por intermédio da secretaria municipal de saúde de Presidente Kennedy, no ano de 2020 e 2021 em decorrência da pandemia da covid-19 os grupos mencionados anteriormente não foram atualizados.

Móvel de Urgência (SAMU 192). O SAMU 192 representa mais um projeto do governo estadual para a expansão do serviço de atendimento móvel de urgência, que foi instituído em 2019 pelo decreto nº 4548-R, por meio do programa “SAMU para todos”, que é uma estratégia de fortalecimento regional e municipal do sistema único de saúde.

A cidade de Presidente Kennedy conta também com a assistência ao idoso em instituições de longa permanência, que tem como objetivo acolher idosos vítimas de maus tratados pelos familiares ou aqueles que não possuem familiares em condição de dar assistência de forma adequada. Para realizar essa assistência, o município realiza um pregão eletrônico para selecionar a instituição (SILVA, 2021).

4 SITUAÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE KENNEDY

De acordo com o plano Municipal de saúde de Presidente Kennedy, implantado em 2017 com o objetivo de propor diretrizes e ações anuais para a população, foram ofertados serviços de consultas médicas agendadas e demanda espontânea, bem como, atendimento de fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, odontologistas e o controle de hipertensão e diabetes nos idosos por intermédio da área de multiprofissionais, com o objetivo de garantir à esta população uma melhor qualidade de vida. Essa ação é importante, visto que é uma condição frequente entre os idosos o desenvolvimento de Multimorbidade que é caracterizada pela presença de duas ou mais doenças crônicas simultaneamente no indivíduo (NUNES *et al.*, 2018). Os fatores relacionados com a ocorrência dessa condição podem estar relacionados com as condições socioeconômica e ambiental, além da relação com o processo de envelhecimento e os hábitos de vida (NUNES *et al.*, 2018).

Esta multimorbidade é um fenômeno mundial que afeta a saúde pública e é frequente em pessoas idosas, principalmente, pela associação com a mortalidade, declínio funcional e baixa qualidade de vida, além da dificuldade de manejo adequado pelos serviços de saúde, sendo presente em 64,9% dos indivíduos entre 65 e 84 anos de idade (NUNES *et al.*, 2018)

Com o envelhecimento global, a multimorbidade está cada vez mais presente na população idosa, assim tornando-se uma inquietação da saúde pública, mesmo que a multimorbidade seja uma ocorrência associada a idade (NGUYEN *et al.*, 2019).

Isso porque, o indivíduo em condição de multimorbidade, em especial os idosos, tendem a passar por um maior número de hospitalizações, usam, simultaneamente, vários medicamentos e isso aumenta a susceptibilidade aos efeitos adversos. Conseqüentemente, os idosos com multimorbidade solicitam mais demandas relacionadas ao cuidado, fato esse que resulta em grande desafio para os sistemas de saúde no mundo, pois a atenção torna-se mais complexa (CAVALCANTI *et al.*, 2017). Entre essas doenças e condições de saúde, a presente dissertação apresentará em destaque a hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidente vascular

cerebral (AVC), diabetes mellitus, trauma por queda e a questão da deficiência motora.

No Brasil, 25% da população adulta sofre de hipertensão arterial sistêmica, e esse número deve aumentar em 60% até 2025, atingindo uma prevalência de 40%. A HAS não é apenas uma das principais causas de morte por doenças do aparelho circulatório, mas também traz um pesado ônus socioeconômico (SILVA *et al.*, 2016). Devido à alta prevalência e baixo índice de controle da doença, além de ser considerada crônica e não infecciosa e apresentar alterações multifatoriais e funcionais, é considerada um problema de saúde pública, isto porque é uma das principais causas de morte (SILVA *et al.*, 2016).

Os principais fatores de risco para HAS são idade, raça, sexo, sobrepeso ou obesidade e hábitos de vida pouco saudáveis, como estilo de vida sedentário, alcoolismo, tabagismo e ingestão excessiva de sal. Outros fatores de risco estão relacionados a doenças cardíacas e hipertensão, como predisposição genética e estresse (SILVA *et al.*, 2016). Esse fenômeno é mais evidente entre as mulheres, devido à vida familiar e profissional, outro fato que as mulheres estão mais atentas aos seus problemas de saúde do que os homens e procuram mais os serviços médicos (SILVA *et al.*, 2016).

Outra doença crônica importante na população idosa é a Diabetes Mellitus (DM), que é considerada um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta a hiperglicemia como sintoma em comum, como consequência de defeitos tanto na ação quanto na secreção da insulina no organismo. Por possuir alta prevalência e incidência em esfera mundial, o DM configura-se como uma endemia (SCHRODER *et al.*, 2021). Destaca-se que esta doença repercute de forma importante nos cofres públicos, uma vez que, os gastos em saúde para os pacientes diabéticos podem chegar a três vezes mais do que para aqueles sem diabetes (SCHRODER *et al.*, 2021). Dentre os fatores de risco modificáveis para DM2, a obesidade e os fatores da dietoterápica, o sedentarismo e o tabagismo são os mais proeminentes. O estresse psicossocial e os episódios depressivos maiores também podem estar associados a um risco aumentado de DM (LYRA *et al.*, 2006).

A população idosa é particularmente afetada por essa doença, isto porque, as

alterações fisiológicas presentes no processo do envelhecimento têm uma influência na prevalência de diabetes. O pâncreas, e as glândulas secretoras de insulina sofrem importantes mudanças estruturais, como perda de massa, diminuição dos ductos, o que caracteriza alterações funcionais notáveis (RIBEIRO *et al.*, 2020). As alterações estruturais e secretórias provocam uma redução da secreção de insulina, o que explica a redução da sensibilidade periférica a esse hormônio. Assim, os idosos apresentam maior suscetibilidade a diabetes mellitus tipo 2 (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Os idosos também são mais vulneráveis ao desenvolvimento do AVC, segundo Lacerda e Figueira (2020), o índice da doença acidente vascular cerebral cresce com a idade, em homens e mulheres, com aproximadamente 50% de todos os AVC ocorrendo em pessoas com mais de 75 anos e 30% com mais de 85 anos. O AVC é uma diminuição de fluxo sanguíneo no sistema nervoso que ocasiona lesão neurológica, pode ser dividido em hemorrágico e isquêmico. Sendo que, a maior taxa de incidência é o do tipo isquêmico, com 87% dos casos, que ocorre pela obstrução de um vaso com conseqüente morte do tecido cerebral (necrose). Já o AVC hemorrágico representa 13% dos eventos, é ocasionado pelo rompimento de um vaso sanguíneo no cérebro com conseqüente extravasamento de sangue no espaço subaracnóideo (LACERDA; FIGUEIRA, 2020) .

Os fatores de risco, para o desenvolvimento do AVC, podem ser a obesidade, hipoxemia, diabetes Mellitus, hipertensão arterial, sedentarismo, tabagista, algumas doenças cardíacas, e também doenças comportamentais (estresse e emocionais) (FERREIRA *et al.*, 2020). Seu principal sintoma é a perda de função, caracterizada pela alteração motora (perda ou diminuição da força motora), alterações cognitivas e psicológicas, que acabam, ao longo do tempo, ocasionando diminuição da autonomia e da independência dos idosos, e muitas vezes sua exclusão na sociedade (PAULI *et al.*, 2020).

Além do problema motor, o AVC pode causar problemas cognitivos, sendo essa seqüela comum, e pode afetar até um terço dos sobreviventes de AVC, como distúrbios de linguagem, fadiga, depressão, neuropsicológica também podem ocasionar *deficit* na função cognitiva e motora, aumentando os riscos de acidentes que podem ocasionar queda. As lesões relacionadas à queda podem afetar

significativamente a mobilidade dos pacientes e suas atividades diárias, o que limita sua participação em eventos sociais e outras atividades (LACERDA; FIGUEIRA, 2020).

Essas deficiências motoras e cognitivas combinadas, aumentam cada vez mais os riscos de incapacidade funcional em longo prazo e aumentam os custos com saúde, refletidos por um aumento nas taxas de readmissão hospitalar e nas taxas de mortalidade em idosos (LACERDA; FIGUEIRA, 2020).

Entretanto, a queda tem um papel importante na vida diária da pessoa idosa e desempenha um papel negativo no dia dos longevos, assim, afetando a qualidade de vida, bem como do cuidador e todos seus familiares. Segundo Giacomini, Fhon e Rodrigues (2020, p. 2), “no Brasil, cerca de 30% dos idosos caem uma vez por ano, e as pessoas mais acometidas são justamente as mais idosas (80 anos)”.

A queda geralmente acontece em diversos ambientes, como, por exemplo, em uma caminhada matinal, em escadas ou até mesmo dentro da residência ao ir ao banheiro, tomar banho ou mudar de posição durante a noite (MAGALHÃES; SILVA, 2021). Segundo Cruvinel, Dias e Godoy (2020), os acidentes domésticos são responsáveis por 70% das quedas, enquanto os fatores externos 30%.

A prevenção de quedas deve ser de extrema importância na saúde pública, aplicando estratégias com o intuito de reduzir o seu risco por meio da avaliação multifatorial de fatores de risco e intervenção nos fatores identificados. A prevenção secundária é considerada mais eficaz e caracteriza-se por uma avaliação completa para a identificação dos fatores que aumentam o risco após quedas ou em quedas com lesões, levando em consideração o risco de diminuição da independência do indivíduo (CRUVINEL; DIAS; GODOY, 2020).

Sendo assim, com o envelhecimento populacional advêm alterações fisiológicas que podem estar associadas a patologias crônicas e degenerativas, conduzindo a *deficits* funcionais e declínio da mobilidade, ainda a capacidade funcional e a independência como fatores preponderantes para o diagnóstico de saúde física e mental na população idosa. A realização adequada de uma tarefa do cotidiano envolve a

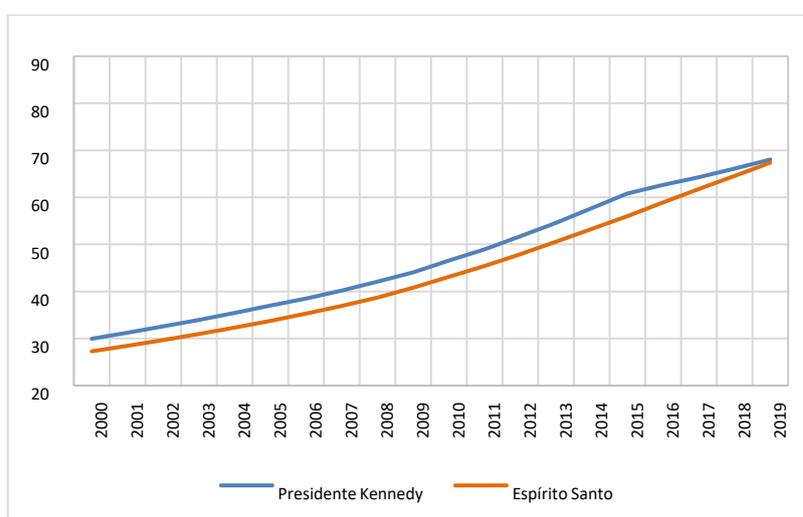
participação das funções cognitivas e psicológicas, a capacidade funcional refere-se à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária (AVD) ou de realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida. Atualmente, a capacidade funcional tem sido alvo de vários estudos, sobretudo, em idosos, com o objetivo de avaliá-la, recuperá-la ou prevenir o seu declínio (COSTA; CASTRO, 2020).

A seguir, apresentam-se os resultados da presente pesquisa realizada no SISAP-idoso, que teve como objetivo verificar a situação de saúde da população idosa de Presidente Kennedy-ES com a utilização da ferramenta SISAP-idoso.

4.1 DETERMINANTES DE SAÚDE DE ACORDO COM O SISAP-IDOSO DA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE KENNEDY

Apresenta-se a seguir os indicadores que demonstram a influência dos determinantes de saúde na população idosa de Presidente Kennedy. Inicialmente, será apresentado o índice de envelhecimento por meio da Figura 5.

Figura 5 - Índice de Envelhecimento



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

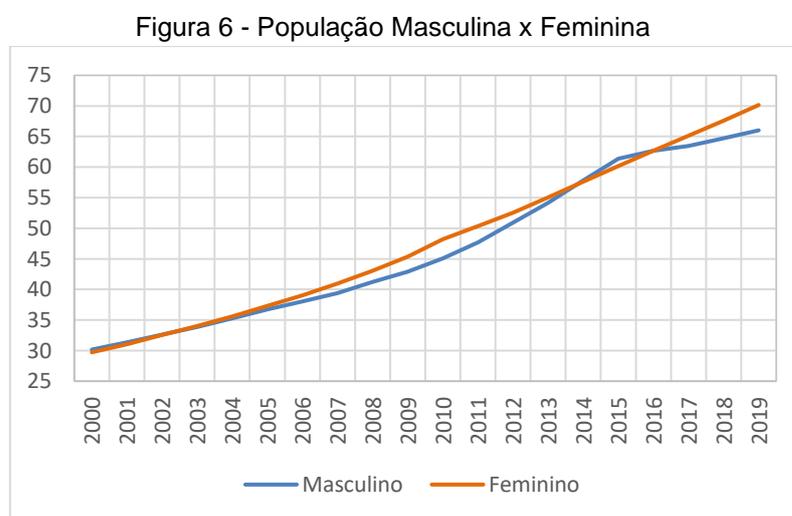
De acordo com a Figura 5, é possível perceber que Presidente Kennedy tem um considerável aumento no índice de envelhecimento da população desde 2000 a 2019, passando de 29,95 para 68,04 em 19 anos. Esses valores são muito semelhantes ao

do ES que, em 2000, apresentou valor de 27,28 e que, em 2019 passou a ser de 67,36. Sendo assim, o município possui um envelhecimento semelhante ao índice de envelhecimento do ES e da população brasileira, que tem aumentado de forma geral durante este período de quase 20 anos (IBGE, 2013).

Este envelhecimento vem ocorrendo devido a diminuição da fecundidade, desacelerando o crescimento da faixa etária de 0 a 14 anos e aumentando a faixa etária de 60 anos (BRASIL, 2003). Pode-se também, atribuir esse resultado aos efeitos de investimentos em estratégias para proporcionar uma melhor qualidade de vida para a população idosa por meio dos avanços na assistência à saúde, que proporcionam maior expectativa de vida para essa população.

Destaca-se, nesse sentido, a implantação da PNSPI no ano 2006, que tem como intuito devolver a autonomia dos idosos, melhorar a qualidade de vida e manter a capacidade funcional (ABREU, 2016). Em Presidente Kennedy esse objetivo é alcançado principalmente por meio da ESF, que procura desenvolver ações para a promoção e a proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos e diagnósticos, assim como, tratamentos voltados para a reabilitação e redução dos agravos na saúde dos idosos.

O índice de envelhecimento da população masculina e feminina no município de Presidente Kennedy no ano de 2000 a 2019 é apresentado na Figura 6.



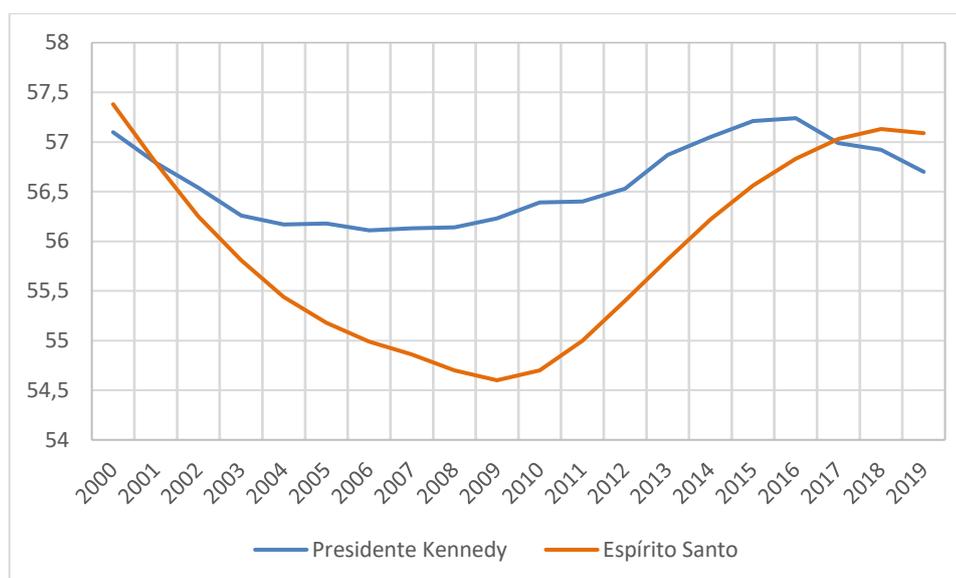
Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

A Figura 6 demonstra a relação entre o índice de envelhecimento da população masculina e feminina de Presidente Kennedy, podendo ser notado que, no ano 2000 era 30,17 masculino, sendo estes representados pela linha azul, e 29,72 feminino, sendo estes representados pela linha laranja. Como pode ser notado, os índices apresentam crescimentos semelhantes durante este período, sendo que, em 2019 o índice masculino era de 66,01 enquanto o feminino foi de 70,15. A partir do ano de 2017 os índices se afastam, apresentando um aumento do índice feminino com relação ao masculino, significando que a população feminina passou a viver mais que os homens.

Portanto, a realidade de Presidente Kennedy, segundo dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em abril de 2020, as mulheres vivem pelo menos 1,4 anos a mais que os homens (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). No Brasil, em média, as mulheres vivem cerca de 5% a mais do que os homens, estudos feitos por especialistas apontam que as causas disto são as diferenças ambientais ao longo dos anos. Segundo eles, os homens são mais propensos a beber e fumar mais. Além disso, eles também têm maior risco de desenvolverem doenças cardíacas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). Segundo informações obtidas pela secretaria de saúde de Presidente Kennedy, as mulheres vivem mais, pois procuram com maior frequência o atendimento médico, de enfermagem para realização de exames rotineiros, como sangue e preventivo (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Ao analisar a Figura 7, pode-se observar a proporção de idosos de 60 a 69 anos que é representada pela razão entre o número de indivíduos de 60 a 69 anos pela população de idosos total que residem no mesmo espaço demográfico, de Presidente Kennedy e do Espírito Santo no ano de 2000 a 2019.

Figura 7 – Proporção de Idosos de 60 a 69 anos

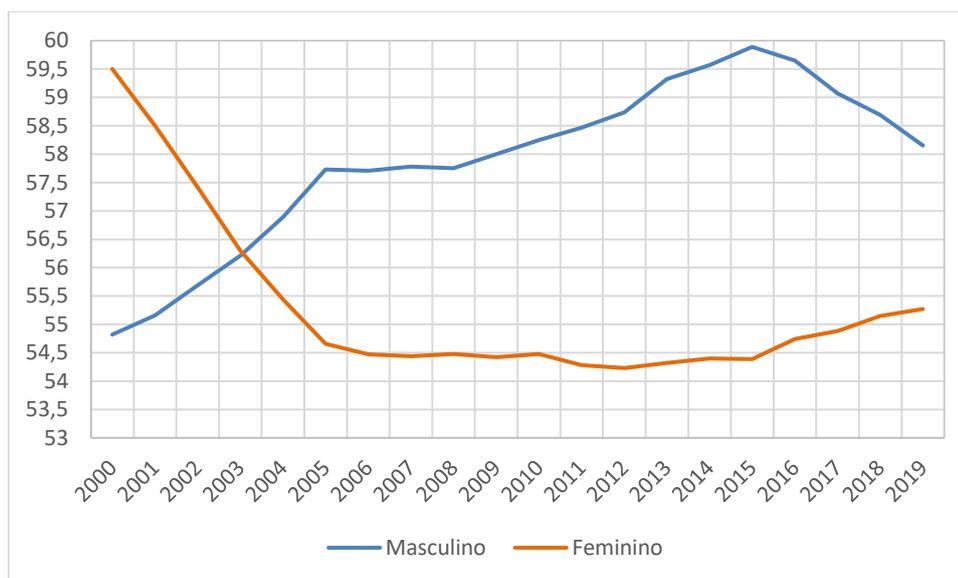


Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

De acordo com a Figura 7, a proporção de idosos de 60 a 69 anos do município de Presidente Kennedy em 2000 era de 57,1% enquanto em 2019 apresentou o valor de 56,7%, demonstrando um pequeno declínio. Essa proporção está acima da proporção do Espírito Santo durante o período de 2002 a 2017, porém, a partir de 2017, o estado do Espírito Santo apresentou a sua taxa acima das proporções de Presidente Kennedy.

A proporção de idosos de 60 a 69 anos do sexo masculino e feminino de Presidente Kennedy, nos anos de 2000 a 2019, é apresentado na Figura 8.

Figura 8 - Proporção de Idosos de 60 a 69 anos – Masculina x Feminina



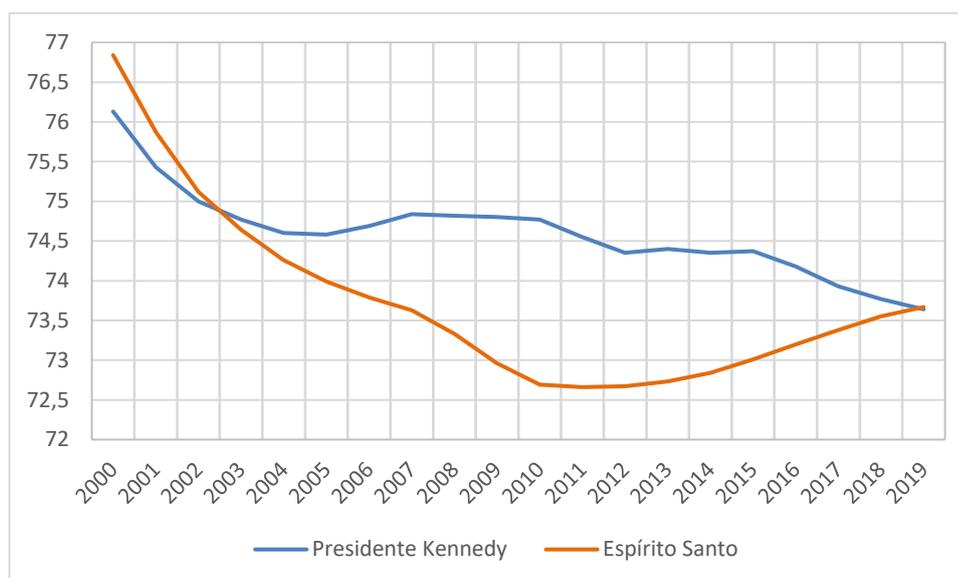
Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

De acordo com a Figura 8, a proporção de idoso do sexo feminino e masculino de Presidente Kennedy em 19 anos apresentou uma grande variação quando comparadas, pois, enquanto ocorreu uma diminuição da proporção de idosos do sexo feminino e uma pequena variação entre 2005 e 2019, a proporção de idosos do sexo masculino aumentou de 56,89% em 2004, para 58,15% em 2019, demonstrando o aumento da quantidade de homens nesta faixa etária quando comparado às mulheres. Observamos que, desde 2000, vem aumentando, mas só em 2004 que notou-se uma inversão entre as proporções .

Uma possível explicação para esse fato é que, no início do ano de 2000 começou a exploração do petróleo na região de Presidente Kennedy com isso, no ano de 2003, ocorreu um processo imigratório para a região, principalmente de homens. Cabe destacar que, em decorrência da exploração de petróleo, ocorreu um desenvolvimento econômico no ano de 2003, sendo gerado cerca 424,6 milhões, que teve reflexo no Produto Interno Bruto (PIB), sendo que, Presidente Kennedy ocupou o 11^a lugar no ranking com um dos maiores PIB's municipais do Brasil (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Na figura 9 tem-se a exposição da proporção de idosos de 60 a 74 anos nas regiões de Presidente Kennedy e Espírito Santo, respectivamente.

Figura 9 – Proporção de Idosos de 60 a 74 anos

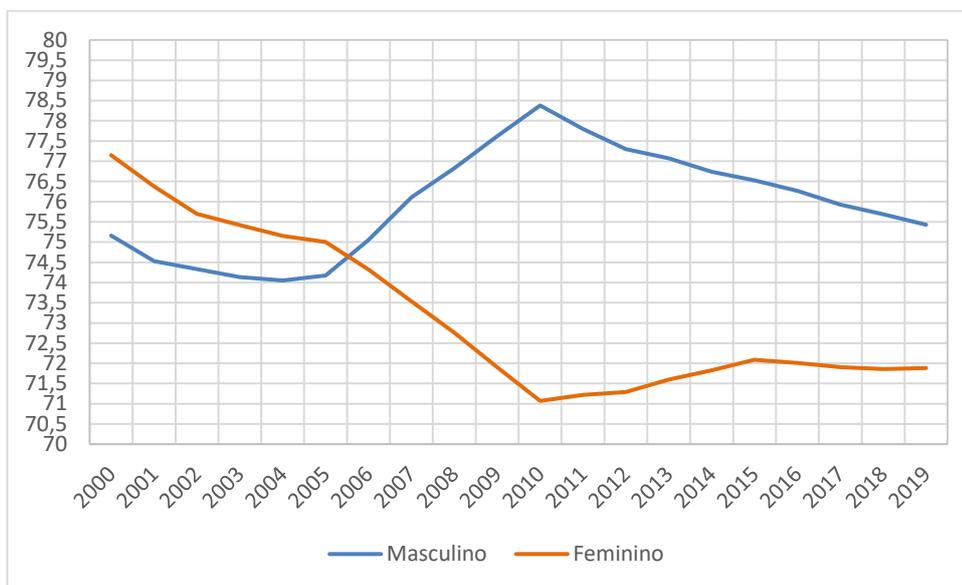


Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

Ao se analisar a Figura 9 é possível notar que a proporção de idosos de 60 a 74 anos apresentou uma redução entre os anos de 2000 e 2019, no qual, o Espírito Santo apresentava a maior proporção até 2003, quando foi ultrapassado por Presidente Kennedy, voltando a se encontrarem em 2019. A proporção de idosos de 60 a 74 anos do Espírito Santo apresentou uma queda nos respectivos anos: 2001 (75,87%), 2010 (72,69%), e em 2013 teve aumento da proporção até o ano 2019 sendo, 73,67%. O aumento da proporção de idosos a partir de 2003 pode ter ocorrido pelo fato anteriormente explicado, ou seja, o desenvolvimento econômico gerado pela exploração de petróleo e a fixação da população imigrante. Entretanto, a partir de 2019, a proporção de idosos de 60 a 74 anos volta a se encontrar com o Espírito Santo.

A figura 10 apresenta a proporção de idosos de 60 a 74 anos do sexo masculino e feminino do município de Presidente Kennedy nos respectivos anos 2000 a 2019.

Figura 10 - Proporção de Idosos de 60 a 74 anos – Masculina x Feminina

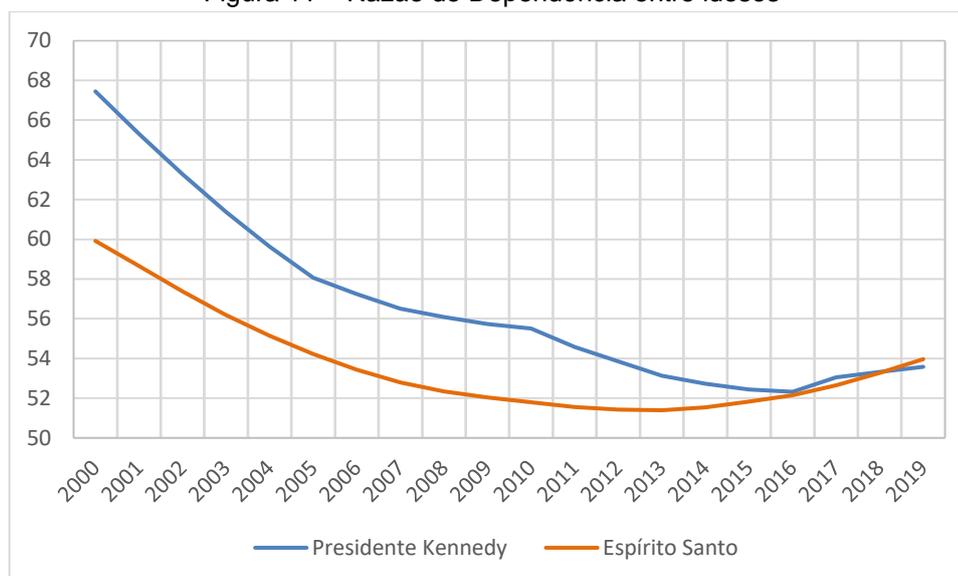


Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

Observa-se que, entre 2000 e 2006, a proporção de idosos do sexo masculino, representado pela linha azul, era menor do que a feminina, sendo representado pela linha vermelha, porém, após 2007, ocorreu um aumento da proporção de idosos do sexo masculino e redução do sexo feminino, sendo que, em 2019, a proporção do sexo masculino passa para 75,43% enquanto que a feminina é de 71,88%, apresentando um declínio na taxa da proporção de idosos do sexo feminino neste período. Logo, a proporção de idosos do sexo masculino é maior do que do sexo feminino nesta faixa etária. O aumento da proporção de idosos do sexo masculino em comparação à proporção do sexo feminino reforça o argumento do fluxo migratório de homens para a região em decorrência da exploração de petróleo.

Ao analisar a razão de dependência econômica de idosos na Figura 11, é possível notar que os valores entre o município de Presidente Kennedy e o Espírito Santo apresentam-se bem próximos.

Figura 11 – Razão de Dependência entre idosos



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

De acordo com a Figura 11, a região de Presidente Kennedy demonstrou a razão de dependência (econômica) de idosos compreendida entre os valores de 67,45% e 53,58%. O Estado do Espírito Santo apresenta a variação entre 59,92% e 53,97%. Ao ser verificada a Figura 11, pode ser observado que a razão de dependência de idosos da população entre os anos de 2000 e 2019 está caindo. Ao considerar a distribuição da população por grupos de idade, tem-se que, 68,6% dos residentes em Presidente Kennedy, no ano de 2010, possuíam idades entre 15 e 64 anos e 7,7% possuíam mais de 65 anos, dados muitos semelhantes ao resultado do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2016).

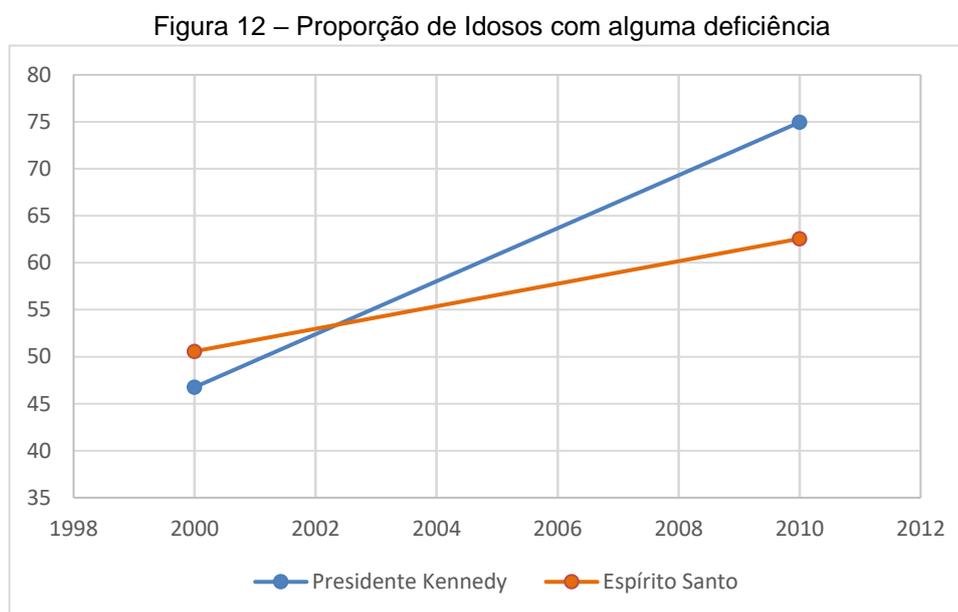
Uma possível explicação para esse resultado se deve em decorrência da melhora da expectativa de vida dos idosos que se mantêm ativos até faixas de idades mais elevadas, proporcionando menor dependência econômica. Outra explicação foram os benefícios e ou auxílios destinados a população, com conseqüente melhora no padrão de vida, como para moradia e compras na feira de produtos locais, mas destaca-se que estes não são destinados exclusivamente a população idosa, que não tem prioridade nestes benefícios (FERREIRA, 2021).

Destaca-se, nesse sentido, o trabalho desenvolvido pelo CRAS e o CREAS do município de Presidente Kennedy, que tem como objetivo a prestação de serviços aos

municípios, implantando programa e projetos socioassistenciais que são voltados para a população de idosos, bem como, serviço de proteção e atenção integral a família. Entre eles, tem-se o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos e o serviço de proteção social no domicílio para pessoas idosas e com deficiência (LEMOS, 2021).

4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DE ACORDO COM O SISAP-IDOSO DA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE KENNEDY

Para a análise deste estudo foram utilizadas as condições de saúde que podem influenciar na população idosa de Presidente Kennedy, inicialmente será apresentada a proporção de idosos com alguma deficiência por meio da Figura 12, na qual o município de Presidente Kennedy será representado pela linha azul e o estado do Espírito Santo pela linha laranja no período de 2000 a 2010.



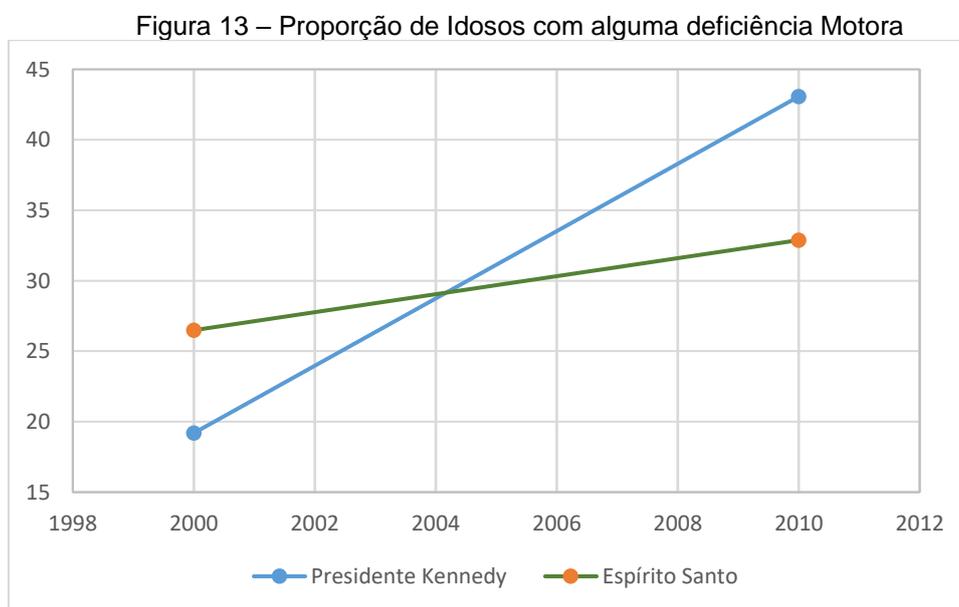
Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

De acordo com a Figura 12, o município de Presidente Kennedy apresentou o maior crescimento médio de deficiência entre os anos de 2000 e 2010, que foi de 60,85%, com um aumento significativo da taxa de variação de 46,76% para 74,95%. O estado do Espírito Santo apresentou uma proporção média de 56,57%, com variação entre 50,58% e 62,56%. Sendo assim, verificou-se que, entre os anos de 2000 e 2010, as

duas regiões apresentaram um aumento considerado, demonstrando que os idosos estão mais debilitados. Portanto, as pessoas estão vivendo cada vez mais com comorbidades e por isso estão mais propensas a apresentarem deficiências.

Considere-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental intelectual, ou sensorial, no qual, em interação com uma ou mais barreiras, tem sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas, obstruída (CAMARANO; PASSINATO, 2004). O idoso apresenta cada vez mais algum tipo de deficiência, muitas das vezes, física ou até intelectual, pois o envelhecimento traz com ele debilidades ou incapacidades, entre elas a perda ou diminuição de funcionalidade que pode ocasionar algum tipo de lesão e, conseqüentemente, deficiências (CAMARANO; PASSINATO, 2004).

Ao ser analisada a Figura 13, esta apresenta a proporção de idosos com deficiência motora na população do município de Presidente Kennedy e do Espírito Santo entre o ano de 2000 a 2010.



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

De acordo com a Figura 13, a região de Presidente Kennedy apresentou o maior crescimento médio entre os anos de 2000 e 2010, que foi uma média de 31,13%, com um aumento significativo, estando a taxa de variação compreendida entre 19,19% a 43,07%. O estado do Espírito Santo apresentou média entre 50,58% e 62,88%. Sendo

assim, a proporção de idosos com alguma deficiência motora demonstra um aumento de 2000 a 2010, logo, os idosos estão mais dependentes e com alguma dificuldade motora nas duas regiões, estando o município de Presidente Kennedy com a maior proporção de idosos com alguma deficiência motora quando comparada com o estado do Espírito Santo.

O envelhecimento das pessoas com alguma deficiência física de longo prazo necessita ser diferenciado daqueles que adquirem incapacidades como parte do processo de envelhecimento, devido a progressão de sua condição crônica, ou seja, envelhecimento com deficiência e ou incapacidade não é o mesmo que ter deficiência devido ao envelhecimento (MARTINS *et al.*, 2018).

A deficiência física é um processo que traz dificuldades para a pessoa idosa, podendo levar à dependência e limitação na realização de suas atividades diárias, como higiene, alimentação, lazer e trabalho, desta maneira, o fisioterapeuta pode intervir em pacientes idosos que sofrem deficiência motora (VALENÇA *et al.*, 2017).

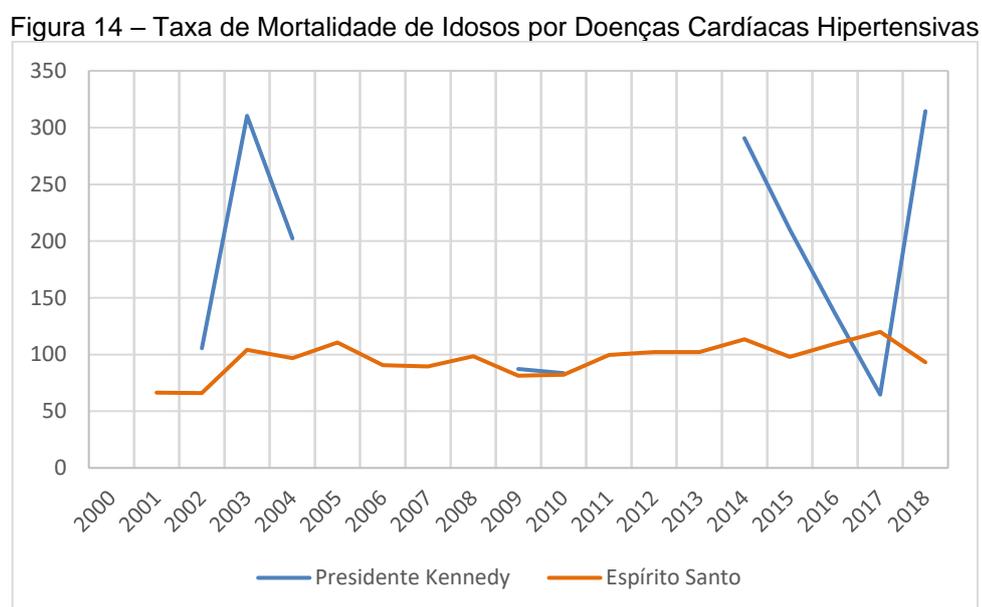
A fisioterapia tem a capacidade de retardar a progressão das deficiências, por meio de tratamentos específicos, como, por exemplo, incentivar a independência do paciente, realizar exercícios físicos, orientar seus familiares como a doença pode afetar as pessoas (SANTOS; RODRIGUES; MONTEIRO, 2020).

As funções cognitivas também são aperfeiçoadas com essas atividades físicas, principalmente a percepção, atenção, memória e raciocínio. Pois, realizar exercícios físicos pode aumentar os níveis de neurotransmissores, aperfeiçoando assim, a atividade cognitiva em indivíduos que tem prejuízo mental (FONSECA, 2021).

A fisioterapia visa restaurar e melhorar a capacidade funcional do idoso e prevenir diversas complicações no processo de envelhecimento. O objetivo é avaliar os sistemas musculoesquelético, nervoso, urinário, cardiovascular e respiratório do indivíduo como um todo. A avaliação inclui também o ambiente em que vive o indivíduo, para que seja acompanhado em suas relações sociais, promovendo assim, uma melhor promoção e qualidade de vida ao idoso (SILVA; SANTANA; RODRIGUES, 2019).

Sendo assim, o fisioterapeuta tem um importante papel na prevenção de danos temporários ou permanentes por meio de métodos de orientação ou dinâmica funcional, prevenindo ou reduzindo danos psicológicos ou reduzindo fatores que interferem na qualidade de vida pessoal (SILVA; SANTANA; RODRIGUES, 2019).

Ao ser analisada a Figura 14, esta apresenta a taxa de mortalidade de idosos por doenças cardíacas hipertensivas de Presidente Kennedy e no Espírito Santo compreendida entre os anos de 2000 a 2018.



Fonte: Adaptado Fiocruz (2011).

Ao ser verificada a Figura 14, é possível observar que a taxa de mortalidade de idosos por doenças cardíacas hipertensivas de Presidente Kennedy em 2002 era 105,49 e em 2004 passa para 202,43. O período compreendido entre 2005 a 2013 não apresenta dados. Em 2014 passa para 290,7, apresentando um declínio até o ano de 2017, passando a taxa para 64,68, porém, em 2018, esta taxa sobe para 314,47. O estado do Espírito Santo apresenta a taxa de 93,06 em 2018, enquanto que a taxa do país foi de 62,28%, demonstrando que, de 2000 a 2018, ocorreram pequenas variações da taxa de mortalidade por doenças cardíacas no Espírito Santo.

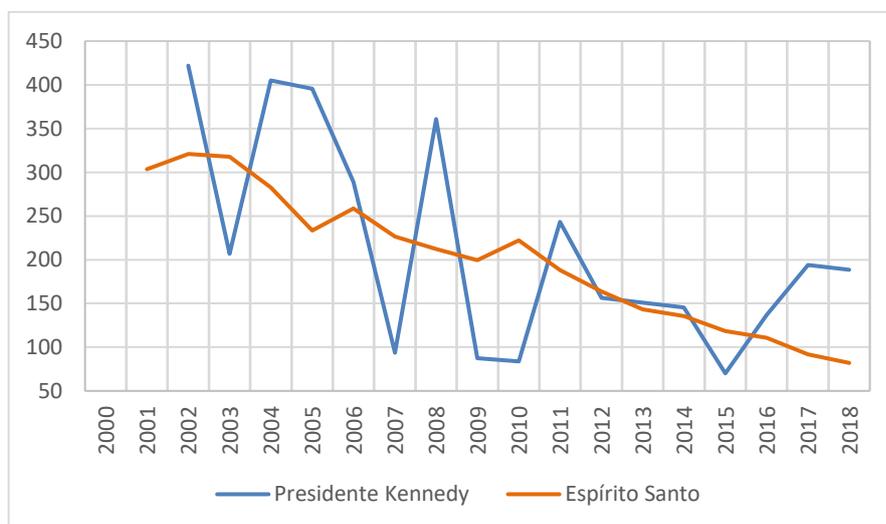
Dentre os principais fatores de risco cardiovascular, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa o agravo de maior relevância, fazendo-se necessárias ações de

saúde, visando minimizar os fatores de impacto que são determinantes na saúde da população (NEDER; BORGES, 2006). Segundo os autores, as mudanças sociais, econômicas e demográficas, que ocorreram no Brasil, levam a um aumento substancial na morbidade e mortalidade de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo o HAS que é o maior representante (NEDER; BORGES, 2006).

No Brasil, há algumas causas mais evidentes e associadas a doenças cardiovasculares, uma delas é o sedentarismo, que é um dos principais fatores de risco para a mortalidade global, causando cerca de 3,2 milhões de mortes a cada ano, também temos tabagismo, e o álcool, sobrepeso dentre outros (BARROSO *et al.*, 2020). Sendo assim, a mortalidade em decorrência a doenças cardíacas hipertensivas podem ser reduzidas, tomando-se medidas de ação e mudanças no estilo de vida saudável (LIMA *et al.*, 2021). Entre essas ações destacam-se o controle do estresse emocional, a prática da atividade física, uma boa alimentação e diminuir a ingestão de sal (BARROSO *et al.*, 2020).

Ao ser analisado na Figura 15 a taxa de mortalidade de Idosos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), verificar-se o município de Presidente Kennedy, e o Espírito Santo, no período de 2000 a 2018, sendo assim, a linha azul representa Presidente Kennedy e a linha laranja o Espírito Santo.

Figura 15 – Taxa de Mortalidade de Idosos por Acidente Vascular Cerebral (AVC)



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

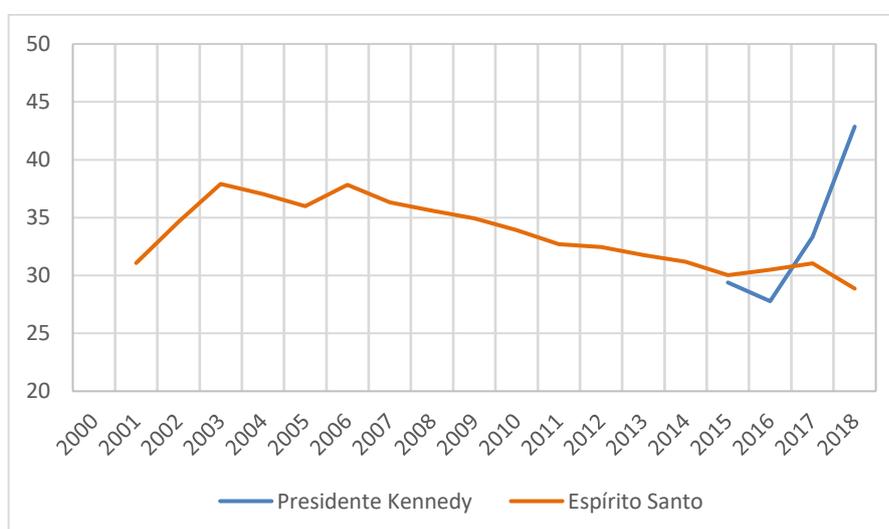
De acordo com a Figura 15, o município de Presidente Kennedy apresentou a maior variação média entre os anos de 2000 e 2018, que foi de 207,70, com a maior taxa de variação, estando esta compreendida entre os 421 e 70, o Espírito Santo, em 2001, apresentou média de 303,38, e em 2018 uma queda para 87,56.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem como causa a obstrução ou rompimento dos vasos que levam sangue ao cérebro, provocando a paralisia. Esta doença está em segundo lugar no mundo como uma das causas de óbitos e incapacidade adquirida, com uma incidência de 13,7 milhões de casos por ano, estima-se que, 1 em cada 4 pessoas maiores de 25 anos terão AVC durante a vida. O Brasil registrou, no ano de 2017, 101,1 mil óbitos por AVC e no ano de 2018 foram registrados 197 mil (FEREZIN; CASTRO; FERREIRA, 2020).

Portanto, os fatores de risco que incluem a idade, hipertensão, dislipidemia, Diabetes, sobrepeso, obesidade, inatividade física, consumo excessivo de álcool, tabagismo e uso de anticoagulantes orais devem ser considerados na prevenção (FEREZIN; CASTRO; FERREIRA, 2020).

Através da Figura 16 pode ser observada a taxa de óbitos por hipertensão e doenças associadas, consideradas evitáveis em Presidente Kennedy, e no Espírito Santo no período de 2000 a 2019.

Figura 16 – Taxa de mortalidade de Idosos por Hipertensão e Doenças Associadas Consideradas Evitáveis



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

De acordo com a Figura 16, o município de Presidente Kennedy não apresenta dados de 2000 a 2014, apresentando dados no ano de 2015 a 2018, tendo um aumento de 30,04 para 42,86 e, no Espírito Santo que, em 2001 era de 31,07 passa para 28,87 em 2018.

As doenças cardiovasculares são atualmente uma das principais causas de morte nos países em desenvolvimento e espera-se que continue sendo a causa de mortalidade mais importante no mundo durante a próxima década, enquanto no Brasil as doenças cardiovasculares são responsáveis por 27,7% das mortes (MASSA; DUARTE; CHIAVEGATTO FILHO, 2017).

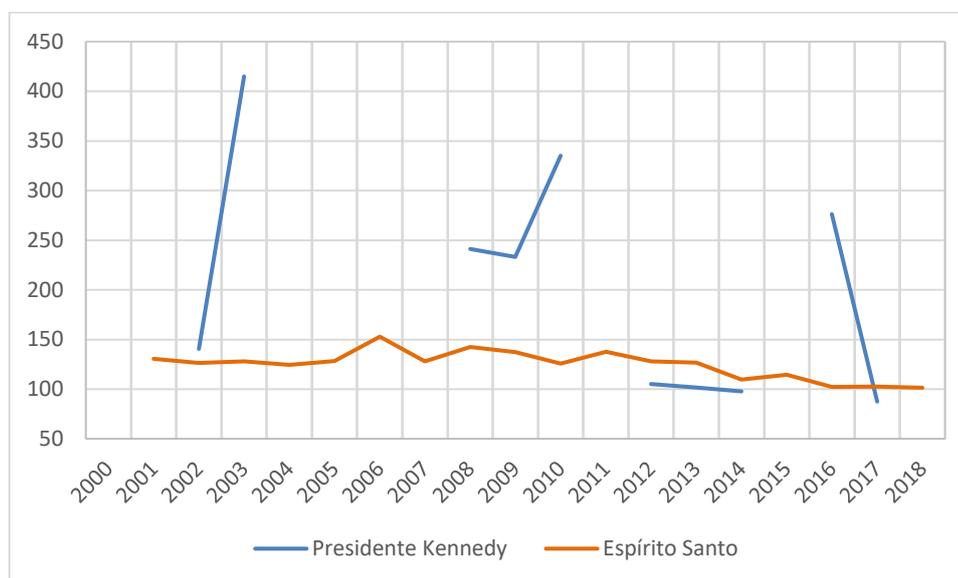
A associação entre longevidade e aumento de doenças crônicas é conhecida na literatura, e os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicam maior incidência de doenças cardiovasculares em idosos. De acordo com a PNS, a prevalência de doenças cardiovasculares em adultos brasileiros (≥ 18 anos), em 2013, foi de 4,2%, a prevalência de doenças cardiovasculares na população idosa está aumentando e a prevalência de doenças cardiovasculares em idosos é de 11,4% (MASSA; DUARTE; CHIAVEGATTO FILHO, 2017).

A hipertensão é um importante fator de risco para doenças, como Aterosclerose e trombose, manifestadas, principalmente, por envolvimento do coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos periféricos (SEGUNDO *et al.*, 2000).

Entendem-se como doenças de causas evitáveis aquelas que podem ser prevenidas, total ou parcialmente, contudo, seu tratamento depende dos serviços de saúde disponibilizados, e das ações efetivas destes serviços (KANSO, 2011). De acordo com Segundo (2020), as doenças de causas evitáveis são tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, e as podemos evitar não sendo fumante, fazer atividade física com frequência, no mínimo 3 vezes na semana, não ingerir bebidas alcoólicas, fazer boa ingestão alimentar, manter o peso ideal, ter atividade de lazer, e diminuir a ingestão de sal. Segundo Yoshino (2020), essas ações conduzem a uma melhora da qualidade de vida destes indivíduos.

Observa-se na Figura 17 a taxa de mortalidade por diabetes em Presidente Kennedy, e no Espírito Santo no período de 2000 a 2019.

Figura 17 – Taxa de mortalidade por Diabetes



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

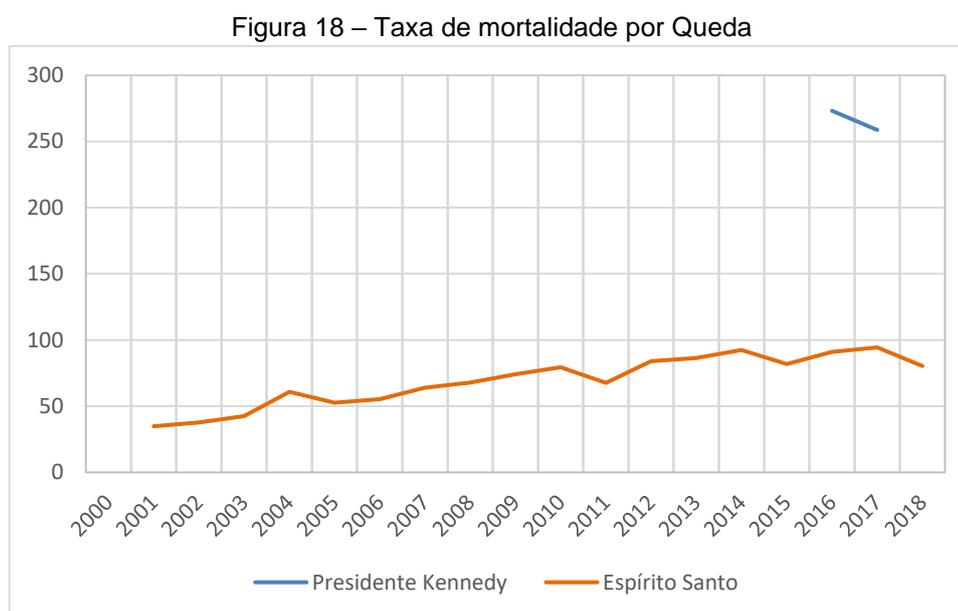
De acordo com a Figura 17, o município de Presidente Kennedy não apresentou dados de 2000 a 2001, apresentando dados no ano de 2002 a 2003, sendo a taxa de diabetes, respectivamente, de 140,65 e 414,94, no ano de 2004 a 2007, já em 2008, a taxa foi de 241,25 e no ano de 2010 de 335,2, novamente, de 2011 a 2015, não apresentou dados, portanto, no ano de 2016 a taxa foi de 276,24 e no ano de 2017 de 94,47, neste período teve um declínio na taxa de diabetes no município de Presidente Kennedy. No estado do Espírito Santo, em 2005, era de 128,3 e, em 2018, passa a ser 101,43.

O diabetes mellitus (DM2) é um grave problema de saúde pública com alta prevalência em todo o mundo, entre os fatores relacionados, o estilo de vida é a principal razão para o aumento da morbidade global (FERRANTI, 2017). Segundo os autores, de acordo com a *Federation Internacional Diabetes*, estima-se que tenha 11,9 milhões de pessoas com esta doença na faixa de idade de 20 a 79 anos, no Brasil estimasse um crescimento até o ano 2035 de 19,2 milhões de pessoas com diabetes mellitus nesta faixa etária (FERRANTI, 2017).

Alguns fatores de risco podem influenciar para a aquisição de diabetes mellitus, dentre

eles, sedentarismo, tabagismo, obesidade, alimentação inadequada, dentre outros. O tratamento é feito através de medicação e também com atividade física, pois melhora o metabolismo e assim controla o açúcar no sangue, proporcionando uma melhor qualidade de vida e um prolongamento de longevidade (FERRANTI, 2017).

Verifica-se na Figura 18 a taxa por queda em Presidente Kennedy, e no Espírito Santo no período de 2000 a 2019.



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

De acordo com a Figura 18, o município de Presidente Kennedy não apresentou dados de 2000 a 2015, apresentando dados no ano de 2016 a 2017, sendo a taxa de quedas de 273,22 e 258,73, respectivamente, no Espírito Santo, em 2001, a taxa era de 34,89 e, em 2018 passa a ser de 80,51.

Estima-se que um terço dos idosos acima de 65 anos vivencie um episódio de queda anualmente, sendo esta a segunda principal causa de morte por lesões não intencionais no mundo. Já no Brasil, cerca de 30% dos idosos caem uma vez por ano, e as pessoas mais acometidas são justamente as mais idosas (80 anos ou mais de idade) (GIACOMINI; FHON; RODRIGUES, 2020).

A queda é determinada por muitos fatores, em que pese os fatores internos em decorrência a mudanças fisiológicas inerentes ao envelhecimento, como equilíbrio,

visão, audição ou defeitos de marcha (VIEIRA, 2018). Logo, podemos prevenir, por meio de práticas de atividade física, melhora na alimentação, controle das doenças pré-existentes, e informar a população idosa da importância de uma melhor prevenção e, com isso, realizar uma promoção em saúde (FERREIRA *et al.*, 2020).

Como fatores externos para queda têm-se os riscos de problemas ambientais, causados por luz insuficiente ou pisos escorregadios, além de riscos, como subir em cadeiras ou escadas e riscos associados a atividades de vida diária (VIEIRA, 2018). Além disso, os idosos que apresentam comprometimento no controle postural são mais propensos a sofrerem quedas. Sabe-se que a queda em idosos é uma das maiores preocupações em saúde pública, sendo a consequência mais agravante do desequilíbrio corporal, pois pode ser seguida de fratura, hospitalização, imobilidade, institucionalização e até a morte (VIEIRA, 2018).

Desta forma, a prevenção de quedas nos idosos é de extrema importância. A fisioterapia implementa técnicas para prevenir quedas em idosos por meio de atividades físicas, exercícios de flexibilidade, fortalecimento muscular, marcha e treinamento de equilíbrio, e fornece funções aprimoradas (NAZAR; REZENDE, 2018). Segundo os autores, os fisioterapeutas podem melhorar a capacidade funcional e a saúde física e mental dos idosos, promover um melhor caráter, mobilidade das articulações, melhorar a circulação sanguínea através do exercício, melhorar a coordenação do exercício, aliviar o encurtamento e enfraquecimento muscular, reduzindo assim, a tendência à queda (NAZAR; REZENDE, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento é influenciado por fatores sociais, econômicos, psicológicos e genéticos e é conhecido como um acontecimento natural do organismo. Ao longo dos anos, a expectativa de vida desta população no Brasil vem aumentando, sendo que, em 1940 era de 45,5 anos e, em 2015 de 75,5 anos, ou seja, quase dobrou.

Em decorrência desse processo, em 1994 foi implantada a Política Nacional para o Idoso (PNI), com a proposta de garantir direitos e proporcionar ações que visassem a promoção da saúde, autonomia, integração e que esses idosos pudessem exercer o direito e a cidadania. Outro marco legal para essa população, que visou a consolidação para o direito do idoso, foi o Estatuto do Idoso, implantado em 2003 pela lei federal 10.741. Nesse processo de implantar políticas voltadas para a população idosa, com o foco específico na saúde, no ano 2006 foi publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), na qual, a principal proposta é promover a independência e a autonomia e assim promover um envelhecimento ativo e saudável.

Com o objetivo de atender o que foi preconizado por essas legislações, ações foram desenvolvidas em Presidente Kennedy por meio da secretaria de saúde e de assistência social. Ao se considerar o setor saúde, como objetivo de garantir uma melhor expectativa e qualidade de vida, o plano municipal de saúde, implantado em 2017, garante o acesso da população por meio de agendamento de consultas e por demanda espontânea em todo seu território. Nesse serviço são realizadas ações para o controle da hipertensão e diabetes, dispensação de medicamento e tratamento de dores crônicas e agudas com o fisioterapeuta.

No entanto, com os resultados da pesquisa de campo, que utilizou dados da plataforma do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas (SISAP-idoso), com ênfase no município de Presidente Kennedy, verificou-se que os resultados encontrados com relação as condições de saúde não são satisfatórios.

O primeiro ponto a ser destacado é que o índice de envelhecimento populacional está aumentando gradativamente ao longo dos anos, com isso, podemos observar que Presidente Kennedy e o estado do Espírito Santo estão como o mesmo ritmo de

crescimento populacional, e, em relação ao sexo feminino e masculino da população de Presidente Kennedy, estes seguem em linhas paralelas, demonstrando assim, um aumento de longevidade desses.

Entre os principais resultados, destaca-se, como ponto negativo, em Presidente Kennedy, a taxa de mortalidade de idosos por doenças cardíacas hipertensivas, a taxa de mortalidade em idosos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Proporção de Óbitos de Idosos por Hipertensão e Doenças Associadas Consideradas Evitáveis, a taxa mortalidade por diabetes e a taxa mortalidade por queda. Todos esses indicadores foram insatisfatórios comparando com o Espírito Santo, que teve resultados positivos e satisfatórios nos mesmos indicadores.

No que se trata de idosos com alguma deficiência motora, foi analisado que Presidente Kennedy tem um maior número de idosos com deficiência em relação ao estado do Espírito Santo. Também se verificou que a taxa de queda ainda é bem frequente em Presidente Kennedy, mesmo existindo lacunas na série histórica analisada.

Sendo assim, a população idosa de Presidente Kennedy não se difere da encontrada no Brasil e apresentam, em decorrência do envelhecimento, multimorbidades que estão relacionadas com alguns fatores socioeconômico ou ambiental e hábitos de vida. Contudo, a presença de multimorbidade é um acontecimento global que está afetando a saúde pública, levando a população a diminuição da qualidade de vida, e ao declínio funcional. Como consequência dessa condição, a população idosa fica mais vulnerável e pode apresentar uma maior hospitalização, conseqüentemente com mais gastos para o governo. O que reforça a necessidade de se instituir ações de promoção e prevenção de saúde, bem como programas para um melhor acompanhamento da população idosa hipertensa e diabética.

Foram encontradas algumas limitações para realizar a presente pesquisa, dentre elas, cita-se a pandemia da covid-19 e as dificuldades encontradas na coleta de dados sobre a vulnerabilidade dos idosos no centro de convivência para idosos, o que tornou necessário adaptações à pesquisa original. Portanto, optou-se por utilizar o banco de dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Monitoramento de Políticas da Terceira Idade (SISAP-Idoso), mas, mesmo nesse sistema, verificou-se a falta de informações

de alguns indicadores para o município de Presidente Kennedy. Contudo, esse estudo contribui para demonstrar a necessidade de agregar conhecimento de diversas áreas sobre o idoso e assim, ratificando a necessidade de ações. Já que o sistema de informação tornou-se um dos principais recursos capaz de divulgar com rapidez, facilidade e segurança as informações necessárias para o aprendizado da mediação e assistência aos profissionais no processo de trabalho.

Entretanto, para implementar com sucesso um sistema informatizado, tem que existir um comprometimento dos funcionários em todos os níveis com o registro da informação no sistema, e disponibilidade em oportunizar as informações aos gestores e a população em geral. Portanto, é necessário a alimentação do banco de dados SISAP-idoso para que uma melhor estratégia seja efetivamente realizada.

A partir dos resultados desta presente pesquisa pode-se concluir que o município de Presidente Kennedy não está conseguindo atender as necessidades de saúde da população idosa, e que as ações desenvolvidas para atender a Política Pública de Saúde possui fragilidades e suas execuções estão limitadas. Portanto, deve ser realizado um trabalho de melhorias para com esses indicadores, viabilizando uma melhor qualidade de vida e assim, proporcionando maior expectativa para a população idosa do município.

Desta forma, o presente estudo torna-se oportuno para os gestores compreenderem e analisarem os serviços de saúde proposto no município, como o PSF ou a Unidade de Saúde e análise do SISAP-Idoso. Propõem-se reavaliar os serviços ofertados na expectativa de melhorar os indicadores de saúde, reinventar atividades e recreações para os idosos utilizando-se de música, dança, canto, artesanato e o desenvolvimento de programas regulares de atividades física.

Por fim, proponho novos estudos futuramente e continuidade deste presente estudo de forma mais aprofundada, viabilizando as demandas e as necessidades da sociedade.

REFERÊNCIAS

ABREU, G. K. P. **Política Nacional De Saúde Da Pessoa Idosa**: Discutindo o perfil sócio-demográfico, econômico e funcional de idosos restritos ao lar. 2016. 144 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória/ES, 2016.

ANDRADE, A. de N. *et al.* Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto contexto – enferm.**, v. 21, n. 4, pp.748-756, 2012.

ANDRADE, Oliveira et al. Prevalência da Hipertensão Arterial e Fatores Associados em Idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 27, n. 3, pp. 303-311, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40838483003>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BATTINI E.; MACIEL, E. M.; FINATO, M. S. S. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 455-462, 2006 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n4/v23n4a13.pdf>. Acesso em: 11 de jul. 2021.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

BERTOLAZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.

BRASIL, **Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 05 set. 1960.

BRASIL. **Lei nº 5.890, de 8 de junho de 1973**. Altera a legislação de previdência social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5890.htm. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Distrito Federal, 1994.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Distrito Federal, 2003.

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

BRASIL. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2006c. Seção 1, p. 142.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Censo demográfico 2010:** características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

CAMARANO, A. A. **ILPIs, asilos, casas de repouso:** do que se está falando? – 2021. Disponível em:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YSq1GcOHH7IJ:https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa-cidoso/apresentacoes-em-eventos/apresentacoes-de-convidados-em-audiencias-publicas-2021/audiencia-publica-sobre-fortalecimento-das-instituicoes-de-longa-permanencia-de-idosos-21-6-21/apresentacao-ap-21-6-21-ana-amelia-camarano-ipea/view+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 25 ago. 2021.

CAMARANO, A.A; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.A. (Org). **Os novos idosos brasileiros:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CARVALHO, M. C. B. N. M. **O diálogo intergeracional entre idosos e crianças:** projeto era uma vez... atividades intergeracionais. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2007.

CAVALCANTI, G. *et al.* Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 20, n. 5, p. 635-643, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170059>.

CASTRO, M. R.; VARGAS, L. A. A interação/atuação da equipe do programa de saúde da família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. **Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 329-351, 2009.

COSTA, D. G. S.; CASTRO, C. **Intersetorialidade:** saberes e práticas sobre a questão da pessoa com deficiência. Vol. 1. São Paulo: FEAPAES, 2020.

CORREA, M. R. Linhas cartográficas: a velhice e a terceira idade. In: CORREA, M. R. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade:** velhice e terceira idade. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. cap. 2, p. 41-86.

CRUVINEL, F. G.; DIAS, D. M. R.; GODOY, M. M. de. Fatores de risco para queda de idosos no domicílio. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.477-490 jan./feb. 2020.

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

ESPÍRITO SANTO. **Decreto nº 4548-r, de 13 de dezembro de 2019**. Institui a Política Estadual para a Rede de Urgência e Emergência - Componente Serviço Móvel de Urgência - SAMU, a seguir denominado "SAMU para todos" e dá outras providências.

FONSECA, B. S. **A intervenção da fisioterapia em pacientes idosos portadores da doença de Alzheimer**. Orientador: Fábio Luiz de Carvalho. 2021. 64 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário AGES, Papiranga, Bahia, 2021.

FERRANTI, L. T. **Prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2 e fatores associados em adultos e idosos do Centro de Referência e Atenção ao Idoso**. 2017. 63 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, 2017.

FERREIRA, A. P. *et al.* Fatores de risco para o acidente vascular cerebral (AVC). In: **Anuário de pesquisa e extensão**. Xanxerê, SC: UNOESC, 2020.

FERREIRA, F. B. **Desafios do envelhecimento: a adoção de leis protetivas e projetos de acessibilidade no município Presidente Kennedy-Es**. 2021. 86 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória/ES, 2021.

FEREZIN, S.M. R.; CASTRO, B. M. da C.; FERREIRA, A. A. Epidemiologia do ataque isquêmico transitório no Brasil. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 61125-61136 aug. 2020.

FIOCRUZ. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (ICICT). **Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso)**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 01 fev. 2021.

GARCIA, M. A. A. *et al.* A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. **Rev APS**, v. 9, n. 1, p. 4-14, jan./jun. 2006.

GIACOMINI, S. B.; FHON, J. R.; RODRIGUES, R. A. P. Fragilidade e risco de queda em idosos que vivem no domicílio. **Acta Paul Enferm.**, v. 33, eAPE20190124, 2020.

HAMMERSCHMIDT, K. S de A.; SANTANA R. F. Saúde do idoso em tempos de pandemia covid-19. **Cogitare enferm**, v. 25, e. 72489.

HILDON, Z. *et al.* Examining resilience of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is "right" about the way we age? **Gerontologist**, v.50, n.1, p.36-47, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico. Projeção da população: (revisão 2013)** Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/ibgeoficial/posts/2135841053109399/>. Acesso em: 27 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico. Projeção da população**: (revisão 2018). Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População - 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: Projeção da população - 2016**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

KANSO, S. **Causas de Morte Evitáveis para a População Idosa**. 2011. 125 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

LACERDA, J.; FIGUEIRA, K. Reabilitação para idosos da Amazônia com AVC: superando as complicações e seus desafios associados. **BJHS**, v.2, n.4, p. 16-38, abr. 2020.

LEMOS, E. T. **Política nacional de saúde da pessoa idosa e ações da política de assistência social em Presidente Kennedy- ES**. 2021. 101 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória/ES, 2021.

LIMA, T. E. de *et al.* Hipertensão arterial: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.4, p. 16417-16427 jul./aug. 2021.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-40, 2007.

LYRA, R. *et al.* Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 50, n. 2, abr. 2006.

MAGALHÃES, J. L.; SILVA, A. S. Atuação da equipe de enfermagem frente aos fatores de risco e prevenção de quedas na população idosa, **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e30510615846, 202. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15846>

MARTINS, J. A. *et al.* Envelhecimento com deficiência física: experiência permeada pelo estigma, isolamento social e finitude. **Escola Anna Nery**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2018.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde cidadania**, v. 24, n. 1, p. 105-114, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MESQUITA, P. M.; PORTELLA, M. R. A gestão do cuidado do idoso em residências e asilos: uma construção solitária fortalecida nas vivências do dia-a-dia. In: PASQUALOTTI, A.; PORTELLA, M. R.; BETTINELLI, L. A. (Org.). **Envelhecimento humano: desafios e perspectivas**. Passo Fundo: UPF, 2016.

MIRANDA, D. M.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 309-20, 2017.

MONTEIRO, A. C. L et al. Envelhecimento populacional: efetivação dos direitos na terceira idade. **PUBVET**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 1-8, fev. 2018.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. S4– S6, 2008.

NAZAR, M. E. C. de; REZENDE, J. R. R. R. **Avaliação e condutas fisioterapêuticas na prevenção de quedas em idosos: revisão bibliográfica**.

Orientadora: Ana Carolina Mesquita do Nascimento, Trabalho de Conclusão de Cursos (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade Una, Contagem, Minas Gerais. Disponível em:

<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/17247/1/AVALIAC%cc%a7A%cc%83O%20E%20CONDUTAS%20FISIOTERAPE%cc%82UTICAS%20NA%20PREVENC%cc%a7A%cc%83O%20DE%20QUEDAS%20EM%20IDOSOS%20.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

NEDER, M. de M.; BORGES, A. A. N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? **Rev Bras Hipertens**, v.13, n. 2, p. 126-133, 2006.

NUNES, B. P. *et al.* Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 2, p. 1-12, 2018.

NGUYEN, H. *et al.* Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Journal of Comorbidity**, v. 9, p. 1-15, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/2235042X19870934>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030)**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-2021-2030>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Brasil lança estratégia para melhorar vida de idosos com base em recomendações da OMS. **OPAS**, 3 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/3-4-2018-brasil-lanca-estrategia-para-melhorar-vida-idosos-com-base-em-recomendacoes-da>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2020.

PRESIDENTE KENNEDY. **Prefeitura**. 2017. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br/>; Acesso em: 21 jul. 2017.

PRESIDENTE KENNEDY. Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS; FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde – A Saúde que eu quero começa por mim**. Presidente Kennedy, 2017.

PAIM, J. S. Políticas de saúde pública no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.932-942, dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170187>.

PAULI, E. *et al.* O viver de idosos após o acidente vascular cerebral. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769239070>.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br//ces/arquivo/2165/livros>. Acesso em: 20 jun. 2020.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Ver. Saúde Públ**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211–224, 1987.

REMOR, C. B.; BÓS, A. J. G.; WERLANG, M.C. Características ao perfil de fragilidade no idoso. **Revista Scientia Medica – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre**, v. 21, n. 3, p.107-112, 2011. Disponível em: <https://www.sumarios.org/artigo/caracter%C3%ADsticas-relacionadas-ao-perfil-de-fragilidade-no-idoso>. Acesso em: 10 mar. 2021.

RIBEIRO, D. R. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e hipertensão em idosos. **Revistas artigos.com**, v. 14, 2020.

RODRIGUES, N. Da C. Política Nacional do Idoso – retrospectiva histórica. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-45, jul./set. 2007.

SANTOS, G. C. dos; RODRIGUES, G. M. de M.; MONTEIRO, E. M. de O. A influência da fisioterapia em pacientes com alzheimer. **Revista Liberum Accessum**, v. 4, n. 1, 2020.

SCHRODER A. C. *et al.*, Telessaúde para atendimento em Diabetes Mellitus: uma análise transversal. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, 2021. DOI:

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0046>.

SEGUNDO, R. P. de L. A promoção da saúde com prevenção das doenças evitáveis na terceira idade: um relato de experiência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO, 6, 2020. **Anais...**

SILVA, E. B. M. da. **O uso do pregão eletrônico para contratação de serviços de alta complexidade à pessoa idosa na política pública de assistência social em Presidente Kennedy, ES.** 2021. 80 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória/ES, 2021.

SILVA, H. S. da; LIMA, A. M. M. de; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 35, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop3510>. Acesso em: 10 out. 2019.

SILVA, E. C. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev bras epidemiol**, v. 19, n. 1, p. 38-51, jan-mar 2016.

SILVA, F. L. C.; SANTANA, W. R. de; RODRIGUES, T. S. Envelhecimento ativo: o papel da fisioterapia na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa. **Uningá Journal**, v. 56, n. S4, 2019.

SIQUEIRA, M. D. **Vivendo bem até mais que 100: envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos no Brasil.** 2014. 214 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SOUZA, L. E. P. F. A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, out./dez. 2014.

TAVARES, C. A. **Contribuições do Grupo de Convivência da Terceira Idade: Conhecimento de Direitos Sociais e a Convivência Comunitária de Idosos.** 2018. 94f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). **World Population Ageing - 2019 (ST/ESA/SER.A/444)**.

VALENÇA, T. D. C. *et al.* Deficiência física na velhice: um estudo estrutural das representações sociais. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 1, e20170008, 2017.

VASCONCELOS, R. D. de. **As políticas públicas de educação integral, a escola unitária e a formação unilateral.** 2012. 278 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

VIEIRA, L. S. *et al.* Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. **Rev Saude Publica.**, v. 52, n. 22, 2018.

YOSHINO, M. J. F. de L. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório, com ênfase nas doenças cardiovasculares e seus fatores associados nas cidades de São Paulo - SP e Rio de Janeiro - RJ no período de 2008 a 2017. 2020. 104 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2020.