

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

MARILZA OLIVEIRA DOS SANTOS ANDRADE

**CUIDADO AO IDOSO À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DISCUTINDO INDICADORES
RELACIONADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS EM
IDOSOS DO MUNICÍPIO DE VIANA – ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA-ES

2023

MARILZA OLIVEIRA DOS SANTOS ANDRADE

**CUIDADO AO IDOSO À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DISCUTINDO INDICADORES
RELACIONADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS EM
IDOSOS DO MUNICÍPIO DE VIANA – ESPÍRITO SANTO**

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

Orientadora: Prof. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame

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

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

VITÓRIA-ES
2023

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

A553c Andrade, Marilza Oliveira dos Santos
Cuidado ao idoso à luz das políticas públicas voltadas a
doenças crônicas não transmissíveis : discutindo indicadores
relacionados à hipertensão arterial e diabetes mellitus em
idosos do município de Viana – Espírito Santo / Marilza Oliveira
dos Santos Andrade. - 2023.
80 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, 2023.

1. Hipertensão arterial sistêmica - idosos. 2. Complicações
diabéticas - idosos. 3. Doença crônica - idosos. 4. Políticas de
saúde – Viana (ES). 5. Idoso – cuidados – Viana (ES). I. Sogame,
Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da
Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.
III. Título.

CDD 613.70565

MARILZA OLIVEIRA DOS SANTOS ANDRADE

**CUIDADO AO IDOSO À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DISCUTINDO INDICADORES
RELACIONADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS EM
IDOSOS DO MUNICÍPIO DE VIANA – ESPÍRITO SANTO**

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

Aprovado em 27 de Julho de 2023.

BANCA EXAMINADORA

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

Professora Doutora Fabiana Rosa Neves Smiderle
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Professora Doutora Giovana Machado Souza Simões
Instituto Capixaba de ensino, Pesquisa Inovação de Saúde

O Senhor é fiel em todas as suas promessas
e é bondoso em tudo o que faz.

SL. 145-13

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar sabedoria e forças para trilhar um caminho de conhecimentos e conquista, e por não me deixar desistir. Gostaria de agradecer ao meu marido Markesoni Souza Andrade, por fazer parte da minha trajetória, pela paciência, pelo apoio nos momentos de dificuldades, pela parceria nos sonhos conquistado. Sou grata a minha mãe Marli Oliveira dos Santos e a meu pai Demilson Souza dos Santos, por todas as lições de amor, respeito, dedicação, e que mesmo em meio a tantas dificuldades, sempre me encativaram a estudar. Ao meu irmão Dério, sempre pronto a me apoiar. Os agradecimentos se estendem a minha orientadora, Prof^a Dr^a. Luciana Sogame, pelo empenho, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes, e por ser a grande responsável diretamente pela conclusão deste trabalho. Gostaria ainda de agradecer a banca examinadora, representada pelas doutoras Fabiana Rosa Neves e Giovana Machado Souza Simões, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação. Em oportuno, agradeço a secretária de saúde do município de Viana pela informação cedidas para concluir este trabalho.

RESUMO

Introdução: A transição demográfica e epidemiológica contribui para o envelhecimento populacional sendo um fator determinante para a mudança no perfil da mortalidade. As Políticas Públicas de Atenção ao Idoso e Políticas Públicas para Doenças Crônicas não Transmissíveis são uma conquista que garante o direito e a assistência ao idoso com dignidade. **Objetivo:** verificar a atenção ao idoso com hipertensão arterial e diabetes mellitus do município de Viana/ES à luz de indicadores de saúde e das políticas públicas voltadas às doenças crônicas não transmissíveis. **Metodologia:** pesquisa exploratória de natureza qualitativa e quantitativa com estudo bibliográfico na Biblioteca Virtual de Saúde e na base de dados Scielo e LILACS no período de 1987 a 2023. Realizou-se também levantamento de informações sobre o processo de construção das políticas públicas voltadas para o idoso e para as doenças crônicas não transmissíveis. Os indicadores que permitiram avaliar os determinantes (índice de envelhecimento da população e a proporção de idosos de 60 a 74) e a condições de saúde (taxa de mortalidade de idosos e por doenças hipertensivas e por diabetes) do município de Viana/ES entre 2000 a 2019 foram obtidos no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Política do Idoso (SISAP-idoso). **Resultados:** O índice de envelhecimento da população do município de Viana variou de 19,90 idosos por 100 habitantes menores de 15 anos de idade (2000) a 50,81 idosos por 100 habitantes menores de 15 anos de idade (2019), enquanto a proporção de idosos de 60 a 74 anos variou de 26,15% (2000) a 68,0% (2019). Ao se comparar as condições de saúde entre 2000 a 2019 verificou-se diminuição na taxa de mortalidade de idosos por doenças hipertensivas, sendo esta redução foi de 239,02 por 100 habitantes para 183,13 por 100 habitantes e na taxa de mortalidade de idosos por diabetes foi de 298,78 por 100 habitantes para 171,68 por 100 habitantes. **Conclusão:** O índice de envelhecimento populacional e a proporção de idosos de 60 a 74 anos está aumentando gradativamente ao longo dos anos, enquanto a taxa de mortalidade de idosos por doenças hipertensivas e a taxa de mortalidade de idosos por Diabetes Mellitus mostram resultados satisfatórios com quedas nos índices de mortalidade. Esses resultados apontam a necessidade em se pensar em elaborar um plano municipal de saúde, considerando a realidade do município, com o objetivo de promoção e preservação da saúde para melhor atender a população idosa.

Palavras-chave: Idoso, Hipertensão Arterial Sistêmica, Complicações diabéticas, Doença Crônica, Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The demographic and epidemiological transition contributes to population aging and is a determining factor for the change in the mortality profile. The Public Policies of Attention to the Elderly and Public Policies for Chronic Non-Communicable Diseases are an achievement that guarantees the right and assistance to the elderly with dignity.

Objective: to verify the care of the elderly with hypertension and diabetes mellitus in the municipality of Viana/ES in the light of health indicators and public policies aimed at chronic non-communicable diseases. **Methodology:** exploratory research of a qualitative and quantitative nature with a bibliographic study in the Virtual Health Library and in the Scielo and LILACS databases from 1987 to 2023. Information was also collected on the process of building public policies aimed at older adults and chronic non-communicable diseases. The indicators that made it possible to evaluate the determinants (population aging index and the proportion of older adults aged 60 to 74) and health conditions (mortality rate of older adults and due to hypertensive diseases and diabetes) of the municipality of Viana/ES between 2000 and 2019 were obtained from the Health Indicators and Monitoring System of Elderly Policy (SISAP-idoso). **Results:** The aging index of the population of the municipality of Viana ranged from 19.90 elderly per 100 inhabitants under 15 years of age (2000) to 50.81 elderly per 100 inhabitants under 15 years of age (2019), while the proportion of elderly aged 60 to 74 years ranged from 26.15% (2000) to 68.0% (2019). When comparing health conditions between 2000 and 2019, there was a decrease in the mortality rate of older adults due to hypertensive diseases, from 239.02 per 100 inhabitants to 183.13 per 100 inhabitants, and in the mortality rate of older adults due to diabetes, from 298.78 per 100 inhabitants to 171.68 per 100 inhabitants. **Conclusion:** The population aging index and the proportion of elderly people aged 60 to 74 years are gradually increasing over the years, while the mortality rate of the elderly due to hypertensive diseases and the mortality rate of the elderly due to Diabetes Mellitus show satisfactory results with decreases in mortality rates. These results point to the need to think about developing a more effective municipal health plan, considering the reality of the municipality, with the aim of promoting and preserving health to better serve the elderly population.

Keywords: elderly, Systemic arterial hypertension, diabetic complications, Chronic disease, Health policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regiões do Espírito Santo.....	23
Figura 2 – Fluxograma do Funcionamento do SISAP-Idoso	25
Figura 3 – Previsão de distribuição da população de 2020 a 2060	33
Figura 4 - O índice de envelhecimento da população no município de Viana e estado do Espírito Santo no período de 2000 a 2019	56
Figura 5 - A proporção de população idosa de 60 a 74 anos no município de Viana e estado do Espírito Santo no período de 2000 a 2019	57
Figura 6 - Taxa de mortalidade de idosos por doenças hipertensão no município de Viana e estado do Espírito Santo no período de 2000 a 2019	59
Figura 7 - A taxa de mortalidade de idosos por Diabetes Mellitus no município de Viana e estado do Espírito Santo no período de 2000 a 2019	60

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
COSAPI	Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa
COVID-19	Coronavírus
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
Dt	Difteria e tétano
DM	Diabetes mellitus
EI	Estatuto do Idoso
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FA	Febre amarela
FENAD	Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Administração
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HA	Hipertensão arterial
HB	Hepatite B
HIPERDIA	Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LIS	Laboratório de Informação em Saúde
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MCDS	Matriz Conceitual por Dimensões de Saúde
MS	Ministério da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Política Nacional da Pessoa Idosa
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PDR	Plano Diretor de Regionalização do ES
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PROMASPI	Programa Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SciElo	Brasil Scientific Electronic Library Online
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SISAP	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Política do Idoso
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	JUSTIFICATIVA.....	19
2	METODOLOGIA.....	22
2.1	TIPO DE ESTUDO	22
2.2	LOCAL.....	22
2.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	24
2.4	MATERIAL E MÉTODOS	24
2.4.1	INDICADORES DO SISAP-IDOSO	26
2.4.2	DETERMINANTES DE SAÚDE.....	26
2.4.3	CONDIÇÕES DE SAÚDE	27
2.5	QUESTÕES ÉTICAS E ANÁLISE DOS DADOS.....	28
3	O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O CUIDADO AO IDOSO À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	29
3.1	ENVELHECIMENTO, TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA.....	29
3.2	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	35
4	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO DO IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS.....	39
4.1	BREVE HISTÓRICO SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	39
4.2	O CUIDADO DO IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	45
4.3	PROGRAMA HIPERDIA REALIZADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	48
5	ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E	

	DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE EM VIANA: EVOLUÇÃO DOS	
	INDICADORES DO SISAP-IDOSO RELACIONADOS A DCNTS.....	53
5.1	ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E	
	DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE VIANA-ES.....	53
5.2	INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE VIANA-	
	ES RELACIONADOS AS DCNTS, SEGUNDO SISAP-IDOSO.....	55
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS.....	66

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento configura-se nas transformações biopsicossociais, até a ampliação das condições caracterizadoras dessa faixa etária, indo além da mera classificação temporal, para poder abranger os novos papéis sociais nos quais tal processo de envelhecer vem se estruturando (KESKE; SANTOS, 2019). O envelhecimento é um percurso progressivo que ocorre durante a vida, afetando todos os organismos, resultando em alterações dos padrões fisiológicos de um indivíduo, em uma relação mútua com fatores sociais, culturais, biológicos e psicológicos (FIQUEREDO *et al.*, 2021).

Segundo a Organização Nações Unidas (ONU) (2019), a população com 60 anos ou mais tem aumentado mais rapidamente do que todos os grupos etários mais jovens. Calcula-se que a população de idosos com 60 anos duplique até 2050 e triplique até 2100, ultrapassando 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100. Globalmente (exceto África), o aumento da população com 80 anos poderá triplicar até 2050, passando de 137 milhões, em 2017, para 425 milhões em 2050.

A população idosa do mundo teve um crescimento elevado durante os últimos anos, principalmente nos países da América Latina e do Caribe, como o Brasil. Nesse sentido, o envelhecimento populacional representa uma conquista, mas também uma responsabilidade para os gestores públicos e a sociedade (VEGI *et al.*, 2020). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2025, o país conquistará o 6º lugar no mundo em número de idosos e, até 2055, o aumento de pessoas com mais de 60 anos superará o de brasileiros com idade abaixo de 30 anos. No ano de 2018, o crescimento de envelhecimento era de 43,19%, podendo vir a atingir 173,47% em 2060 (OKUNO; SILVA, 2019).

Entretanto, dada a vivência da pandemia da covid-19, surgiram algumas alterações na dinâmica demográfica atual. A doença atingiu, em grande número, os idosos, que somaram cerca de 70% dos óbitos pela covid-19. Com isso, a expectativa de vida sofreu uma redução, que é apontada em 1,8 anos a menos aos 60 anos, e de menos 1,4 anos aos 80 anos de idade (CAMARANO, 2021). Dessa forma, projeta-se a redução do

crescimento populacional, sendo que os idosos foram o grupo que mais apresentou riscos por complicações do impacto da covid-19 (CAMARANO, 2021).

O envelhecimento torna o idoso mais suscetível ao comprometimento da capacidade funcional, embora a longevidade não seja símbolo de enfermidade, com o passar dos anos, os indivíduos ficam mais fragilizado e propícios a doenças crônicas não transmissíveis, apresentando assim, risco para morbidades e levando a mortalidade (CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTE, 2019).

Entre os principais fatores de risco para a mortalidade no idoso se encontram a hipertensão arterial (HA)¹ e o diabetes mellitus, causando a necessidade de intervenções eficazes e de caráter preventivo, como tratamento farmacológico e de mudança no estilo de vida (FONSECA *et al.*, 2021).

A HA tem como causa fatores multifatoriais que dependem de fatores genéticos, ambientais e sociais, sendo definida como doença crônica não transmissível (DCNT) e é estabelecida por níveis de pressão arterial sistólica e diastólica. Seu controle pode incluir tratamento medicamentoso ou mudança no estilo de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020). Considerando a HA como condição crônica associada ao estilo de vida e fatores genéticos, torna-se um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tais como o infarto, a insuficiência renal crônica e o acidente vascular cerebral (FIÓRIO *et al.*, 2020).

O Diabetes Mellitus (DM) caracteriza-se por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, resultante da hiperglicemia causada por defeitos da ação da insulina (MALTA; SZWARCWALD, 2019). A prevalência do DM está relacionado com fatores nutricionais, com o sedentarismo, a transição epidemiológica, o aumento do

¹ A diretriz de 2020 apresenta a hipertensão arterial (HA), sendo a pré-hipertensão definida por uma pressão arterial sistólica (PAS) de 139 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) de 89 mmHg e a pressão arterial (PA) normal definida como 120-129 mmHg (PAS) 80-84 mmHg (PAD) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

envelhecimento populacional e a maior sobrevida dos indivíduos com diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Desta forma, desenvolver ações para prevenção e controle da HA e DM é fundamental. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2011) lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2011a).

Entre essas ações destaca-se o Programa HIPERDIA, que trata do acompanhamento e cadastramento do usuário com HA ou DM atendidos na rede primária do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo criar informação para a distribuição e a dispensação de medicamentos de forma controlada para os usuários cadastrados (BRASIL, 2002a).

O Programa HIPERDIA tem como objetivo promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas doenças no SUS (BRAGA; MELO; LIMA, 2020). Assim, o Programa HIPERDIA oferece assistência, prevenção e promoção de saúde a partir de planos educacionais e terapêuticos. Para garantir o sucesso do programa, os usuários HA e DM devem ser vinculados à unidade de saúde para tratamento e acompanhamento.

Logo, a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) torna-se imprescindível para o acompanhamento dos usuários portadores de HA e DM, no sistema de saúde, o que configura ações de saúde individuais e coletivas. A atuação na APS visa fornecer intervenções de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com as comunidades e em seu contexto social (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Sendo assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como meta estabelecer vínculo do usuário com o profissional a fim de ampliar a resolubilidade de forma contínua,

sistematizada e integrada às necessidades de saúde da comunidade a partir de ações preventivas e curativas em prol do processo saúde-doença (VALE *et al.*, 2019). A ESF tem como base a equipe multiprofissional de saúde, compostas por Agente Comunitário de Saúde (ACS), técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, podendo fazer parte da equipe os profissionais da odontologia e um técnico em saúde bucal, o que permite um trabalho em conjunto com a equipe interprofissional, com saberes diferentes que se complementam e que tem com objetivo favorecer o cuidado do usuário (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Entre as ações e programas desenvolvidos na ESF, voltadas para a população idosa, a presente pesquisa irá focar no Programa HIPERDIA, pois o mesmo se relaciona ao fortalecimento das ações de promoção e prevenção em saúde no campo das DCNT. Destaca-se que a ESF se orienta pela interdisciplinaridade, planejamento e execução de intervenções voltadas às demandas reais da comunidade, procurando diminuir a prevalência de fatores de risco que podem causar maior vulnerabilidade da população idosa (VALADARES; BATISTA; MEDEIROS, 2020).

A presente pesquisa será realizada em uma cidade do estado do Espírito Santo, que é formado por 78 município e tem uma população de 4.018.650, tendo que a estimativa da população com cobertura de equipes de Saúde da família na Atenção Básica (AB) é de 3.193.292 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da família vinculadas às Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 2.616.544 pessoas (SESA, 2020). Especificamente no município de Viana², a cobertura da ESF é de 100%, disponibilizando serviços de acompanhamento, prevenção e promoção à saúde dos usuários, o que inclui o Programa HIPERDIA, que é trabalhado principalmente com a população idosa do território. Dessa forma, para que seja possível realizar uma assistência integral, com possibilidade de atendimento das necessidades da população idosa do território, se faz necessário realizar o diagnóstico situacional, considerando a HA e DM (LIMA-NETA; VASCONCELOS, 2020).

² A cobertura da Estratégia da Saúde da Família do município de Viana foi obtida na secretária de saúde de Viana, com base de informação coletada junto com a gerente da atenção primária no dia 18-11-2022.

Para tanto, será utilizado o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Política 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), que tem como objetivo levar informação sobre o processo de envelhecimento, determinantes e condições de saúde da população idosa (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).

Diante do exposto, a presente pesquisa pretende responder a seguinte pergunta: Quais os indicadores de saúde relacionados à HA e DM na população idosa de Viana? Qual o papel do Programa HIPERDIA no controle desses agravos de saúde?

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse na realização dessa pesquisa está relacionado ao meu trabalho como enfermeira, o qual é desenvolvido na ESF no município de Viana e que tem como finalidade acompanhar a população idosa do território, principalmente as DCNT como HA e DM. Nessa Unidade de Saúde da Família (USF) são desenvolvidas atividades do Programa HIPERDIA, que tem como objetivo realizar educação permanente a fim de contribuir com a prevenção do agravo à saúde e promover melhorias na qualidade de vida.

O envelhecimento populacional tem ocorrido de forma rápida e acentuada, o que leva o idoso ser mais suscetível para desenvolver as DCNT, dentre as quais são mais frequentes a HA e o DM. Esses agravos de saúde são considerados o principal fator de risco para complicação cardiovascular e doença renal crônica, o que pode ocasionar graves sequelas e levar a altos níveis de mortalidade na população idosa (MALTA *et al.*, 2019).

As DCNT, como HA e DM, não têm cura, mas podem ser controladas por meio da atenção primária, onde se desenvolve o Programa HIPERDIA. O programa tem como objetivo criar um plano de intervenções e autocuidado, levando a mudanças no estilo de vida, e também visaproporcionar qualidade de vida a essa clientela. Estima-se que o controle da pressão arterial e da glicemia, que são fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, alimentação pouco saudável, estresse e tabagismo, podem ser trabalhados na ESF, contribuindo com a redução de 50% na mortalidade por doenças cardiovasculares e metabólicas (LUZ *et al.*, 2020).

Esta pesquisa contribuirá para os profissionais da área da saúde do município de Viana, uma vez que serão levantados dados, utilizando a plataforma SISAP-idoso, que caracterizam a condição de saúde da população idosa do referido município quanto a HA e DM. Portanto, a análise dos indicadores fornecidos pelo SISAP-Idoso, referentes ao município de Viana, poderá contribuir com os gestores do sistema de saúde municipal no que abrange a avaliação da situação da saúde da população idosa. Conhecer os idosos que são acometidas por DCNT com foco na HA e DM contribuirá para a elaboração do planejamento de ações e programas de serviços na área da saúde do idoso, utilizando de forma eficiente os recursos públicos.

Para atender a esta meta, o presente estudo tem como **objetivo geral**: verificar a atenção ao idoso com hipertensão arterial e diabetes mellitus do município de viana à luz de indicadores de saúde e das políticas públicas voltadas a doenças crônicas não transmissíveis e como **objetivos específicos**: a) Caracterizar a população idosa de Viana quanto: ao índice de envelhecimento da população e a proporção de idosos de 60

a 74 anos; b) Identificar as condições de saúde da população idosa quanto: a taxa de mortalidade de idosos por doenças hipertensivas e a taxa de mortalidade de idoso por diabetes mellitus; c) Conhecer o papel das políticas públicas voltadas para os idosos e para as doenças crônicas não transmissíveis para o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A presente dissertação se apresenta estruturada de maneira que a introdução trata de um levantamento geral do tema da pesquisa, abordando aspectos sobre o envelhecimento, as políticas de saúde que tratam a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, destacam-se as ações o Programa HIPERDIA, sendo este vinculado na Estratégia da Saúde da Família. Em seguida é apresentado o capítulo 2, que explica a metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho de forma minuciosa, englobando o local, as características da amostra da população em questão, os indicadores a serem consultados no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Política do Idoso do município de Viana.

No capítulo 3 abordam-se, mais profundamente, aspectos que tratam do envelhecimento e da transição demográfica e epidemiológica vivenciada com o passar dos anos e um breve resgate histórico da trajetória das Políticas Doenças Crônicas não Transmissíveis e seus desdobramentos. No capítulo 4, por sua vez, é apresentada a implantação da Estratégia da Saúde da Família e a discussão sobre os aspectos do cuidado do idoso com hipertensão arterial e o diabetes mellitus, com destaque para o Programa HIPERDIA. O capítulo 5 reflete sobre a assistência à população idosa com hipertensão arterial e diabetes mellitus e realiza-se a análise dos indicadores do SISAP-idoso referente ao município de Viana. Por fim, no capítulo 6 são apresentadas as considerações finais, com base em toda a discussão gerada ao longo do texto, a fim de explicitar a contribuição deste estudo para a sociedade. As considerações finais serão seguidas das referências utilizadas na elaboração do presente estudo.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se pesquisa exploratória, qualitativa e quantitativa, sendo está dividida em três momentos.

No primeiro momento foi realizado um estudo bibliográfico nas bibliotecas virtuais: Brasil Scientific Eletronic Libary Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e nos bancos de dados eletrônicos LILACS e o período dos artigos pesquisados foi de 1987 a 2022, sendo compostos por textos em português. Os descritores utilizados foram: elderly, Systemic arterial hypertension, diabetic complications, Chronic disease, Health policies.

Em um segundo momento foi realizado o levantamento nos sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil dos principais documentos, portarias, leis, decretos e normas voltadas para as políticas de atenção às doenças crônicas não transmissíveis com destaque para a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. Com estes dados foi realizada uma abordagem sobre a evolução das políticas para as DCNT, com enfoque no Programa HIPERDIA.

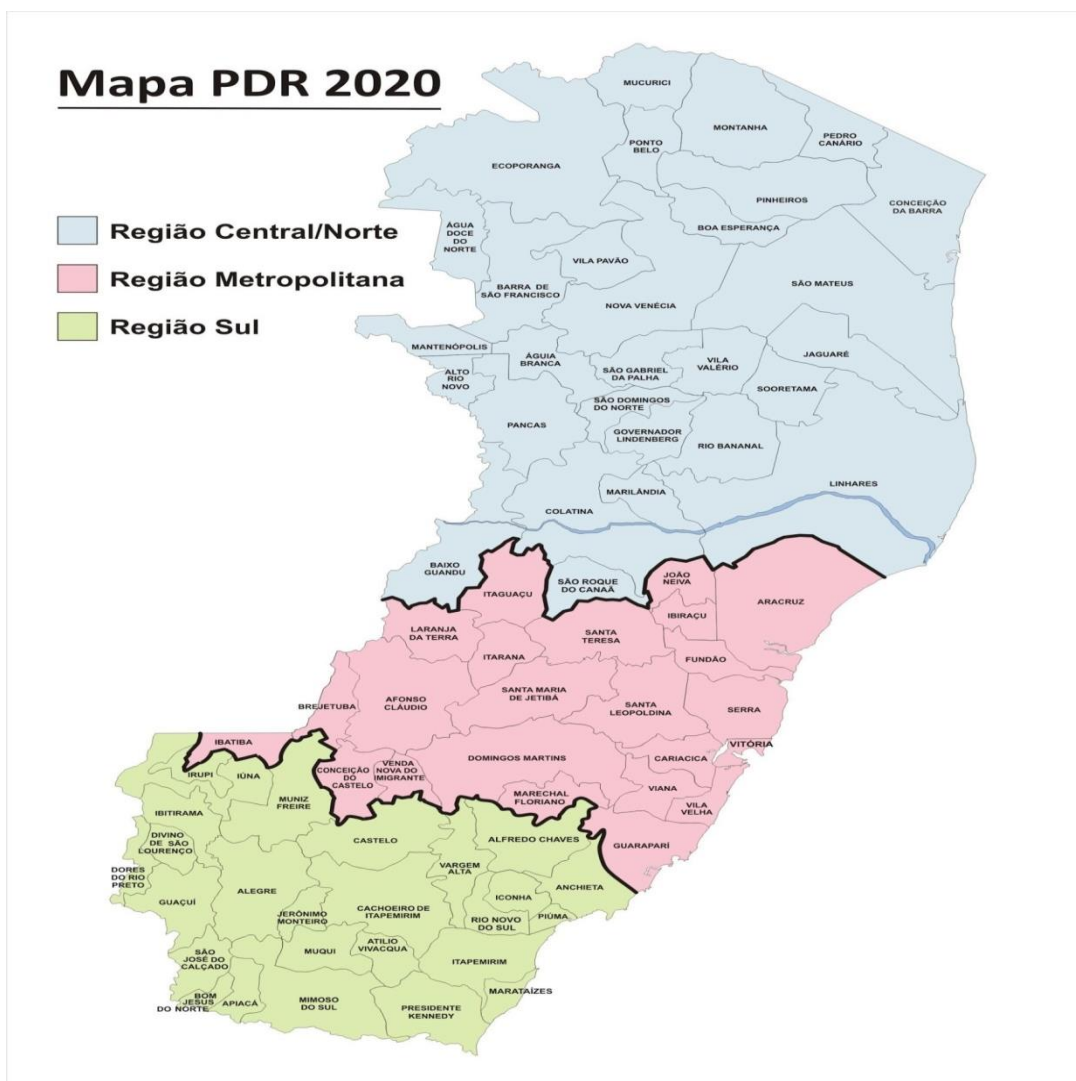
O terceiro momento deste estudo trata-se de um levantamento de informações no SISAP-idoso, banco de dados público, que se refere a pesquisa sobre idosos do município de Viana/ES, que permitiu verificar as condições de saúde da população idosa relacionadas a HA e DM.

2.2 LOCAL

O Espírito Santo está localizado na região sudeste e faz divisão com os estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e com o Oceano Atlântico, possui 78 municípios que são divididos em região Central/Norte, com 29 município, região Metropolitana, com 23 município e região Sul, com 26 municípios (GUITARRARA, 2022).

A Figura 1 desmonstra o Espírito Santo e as regiões discriminadas na Resolução 153/2020, que trata do Plano Diretor de Regionalização do ES (PDR), que divide o estado em três grandes regiões, conforme destacamos no mapa que segue.

Figura 1 – Regiões do Espírito Santo



Fonte: Governo do Estado do Espírito Santo - Resolução 153/2020.

O município de Viana localiza-se a 22 km da região Metropolitana de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, limitando-se com os municípios de Guarapari, Cariacica, Vila Velha e Domingos Martins, está inserido na Bacia Hidrográfica do Rio Jucu. De acordo com o IBGE (2021), a população estimada do município de Viana, em 10 de julho de

2020, era de 80.735 pessoas, desta população, 7,8 % são idosos.

O município de Viana em sua extensão territorial possui localização privilegiada com 60% de área rural e se destaca pela sua produção agropecuária, especialmente a banana, o café e o gado. É responsável por abastecer parte do mercado consumidor da Grande Vitória. O que movimenta a economia do município são as indústrias, o comércio e os serviços, que representam cerca de 42% do Produto Interno Bruto (PIB). (WIKI LOVES MONUMENTS, 2021).

2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

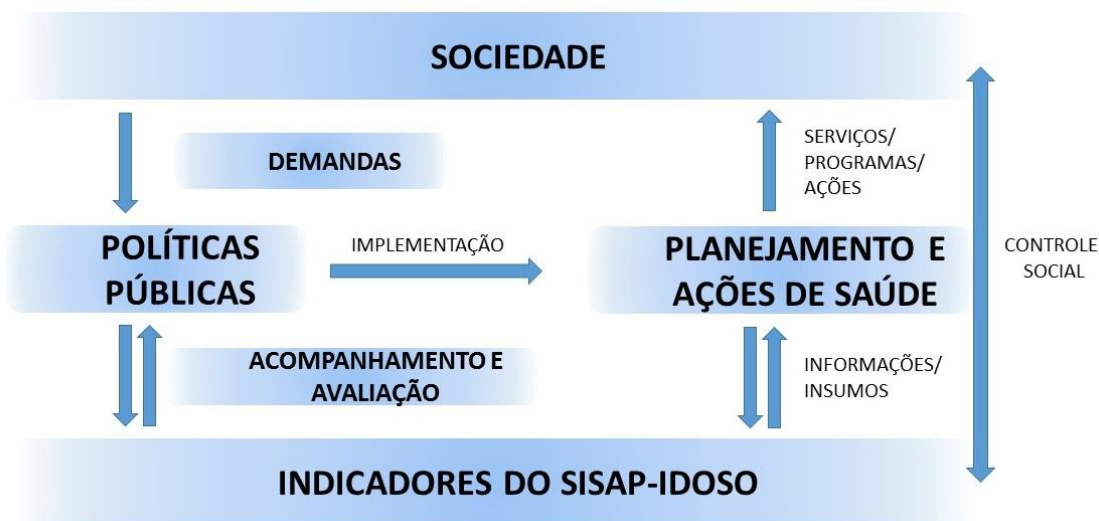
Foram incluídos na pesquisa os indicadores referentes aos idosos do município de Viana inseridos no Sisap-idoso dos anos de 2000- 2019, com HA e DM.

2.4 MATERIAL E MÉTODOS

O SISAP-Idoso é um sistema de consulta de indicadores pela internet, a nível federal, estadual e municipal, que tem a proposta de oferecer à gestão do SUS e a sociedade dados úteis à formulação de políticas e ações de prevenção. A finalidade é conhecer a condição de saúde da população idosa e proporcionar processos contínuos de acompanhamento, contribuindo assim, na melhoria da qualidade da assistência à saúde do idoso (FIOCRUZ, 2011).

A Figura 2 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).

Figura 2 – Fluxograma do Funcionamento do SISAP-Idoso



Fonte: Fiocruz (2011).

Os indicadores do SISAP-Idoso foram organizados por categoria na Matriz Conceitual por Dimensões de Saúde (MCDS). Para o desenvolvimento dessa matriz se considerou a concepção de saúde na qual incluem-se os aspectos sociais, econômicos, de serviços de saúde, morbidade e mortalidade, funcionalidade entre outros (FIOCRUZ, 2011).

Esta Matriz é composta por quatro grandes dimensões que são subdivididas em áreas. O objetivo da matriz é colaborar com os gestores e a população com um instrumento para realizar a análise de situação de saúde da população idosa, procedimento sem o qual não é capaz de organizar ações de saúde (FIOCRUZ, 2011).

Na presente pesquisa foram observados os indicadores das dimensões apresentadas a seguir:

- a) primeira dimensão do sistema de pesquisa: foram avaliados os terminantes da Saúde e fatores de risco. Esta dimensão da saúde tem o objetivo de observar os indicadores contextuais e ambientais, indicadores socioeconômicos e de fragilidade social, indicadores demográficos e indicadores comportamentais

(FIOCRUZ, 2011).

- b) segunda categoria: estes são os indicadores que abordam Condições de Saúde dos Idosos e dividem-se em: autoavaliação da saúde, estado funcional, indicadores de mortalidade, indicadores de morbidade, prevalência de doenças crônicas (FIOCRUZ, 2011).

O SISAP-idoso, na sua matriz, tem um conjunto de indicadores, sendo que, foram selecionados apenas os referentes as condições de saúde relacionadas a HA e DM do município de Viana.

2.4.1 Indicadores do SISAP-Idoso

Para analisar a situação da população idosa do município de Viana foram avaliados os indicadores referentes aos determinantes da saúde e condições de saúde, conforme o demonstrativo a seguir, que estudam os fatores de risco por meio dos indicadores das características demográficas, compreendendo: determinantes de saúde e condições de saúde.

2.4.2 Determinantes de saúde

Foram avaliados os indicadores: índice de envelhecimento da população e proporção de idosos de 60 a 74 anos, no período de 2000 a 2019.

- 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 habitantes menores de 15 anos de idade residentes em Viana (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 1:

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

b) 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 totais residentes em Viana, incluída a população do sexo masculino e feminina (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 2:

$$\frac{\text{População de Idosos de 60 a 74 anos}}{\text{População idosa total}} \times 100 \text{ (2)}$$

2.4.3 Condições de saúde

Foram avaliados os indicadores taxa de mortalidade de idosos por doenças hipertensivas, taxa de mortalidade de idoso por diabetes mellitus, dos anos de 2000 a 2019.

a) Taxa de mortalidade de idosos por doenças hipertensivas é o número de óbitos por doenças hipertensivas na população total de idosos de 60 anos ou mais por 100 mil habitantes da mesma faixa etária, residente em Viana, no ano considerado (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 3:

$$\frac{\text{Número de óbito por doenças hipertensivas}}{\text{População total de idoso de 60 anos ou mais}} \times 100.000 \text{ (3)}$$

c) A taxa de mortalidade de idosos por Diabetes Mellitus é o número de óbitos por diabetes mellitus na população total idosos de 60 anos ou mais por 100 mil habitantes pelo total de idosos de mesma faixa etária, residente em Viana, nos anos considerados (FIOCRUZ, 2011).

Pode ser observado pela Equação 4:

$$\frac{\text{Número total de óbito por doenças diabetes Mellitus}}{\text{População total de idosos de 60 anos ou mais}} \times 100.000 \text{ (4)}$$

Todos estes indicadores acima apresentados do município de Viana foram comparados com os mesmos indicadores do estado do Espírito Santo, que foram calculados considerando as mesmas bases de cálculos .

2.5 QUESTÕES ÉTICAS E ANÁLISE DOS DADOS

O presente projeto não necessitou de aprovação de Comitê de Ética por não se tratar de uma pesquisa envolvendo diretamente identificação individual com seres humanos, conforme o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de 466/2012 e 510/2016.

Os dados a serem apresentados na presente pesquisa são de domínio público da base de dados do SISAP-idoso, 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 são apresentados na forma de frequências absolutas, relativas e gráficos e discutidos com o resultado da pesquisa bibliográfica.

3 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O CUIDADO AO IDOSO À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Este capítulo teórico trata-se de uma contextualização ao leitor sobre os aspectos que tratam acerca do envelhecimento populacional como consequência da transição demográfica e epidemiológica vivenciada no país. Logo após são retratados o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a DCNT, com breve análise documental elaborada sobre a Política Nacional das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

3.1 ENVELHECIMENTO, TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLOGICA

O envelhecimento populacional atualmente é um fenômeno mundial de considerável relevância e que determina o aumento da população idosa com relação aos demais grupos etários (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010). Conceitualmente, o envelhecer é gradual e progressivo, implica no desgaste orgânico, que provoca alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais (CIOSAK *et al.*, 2011). 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 (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010).

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que envolve mudanças significativas na sociedade, dentre estas, a mudança demográfica provocada pelo declínio na taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida, o que pode ser observado, especificamente, a partir da metade do século XX (SANTOS *et al.*, 2018).

A diminuição da taxa da fertilidade foi o ponto principal para o envelhecimento da população, que precisa se adaptar para as novas tendências econômicas e sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Isto porque, a queda na taxa de fertilidade eleva a expectativa de sobrevida que tem como consequência o aumento na proporção de idosos na população (CARDOSO; DIETRICH; SOUZA, 2021).

O aumento da população idosa também deve-se a melhoria no acesso da população a informação e serviços de saúde, medicações, campanha de vacinação e avanços tecnológicos da medicina (ARAÚJO *et al.*, 2017). A tecnologia permitiu um melhor acesso aos serviços públicos, de maneira geral, oferecendo qualidade de vida nessa fase, sendo que ainda é fundamental investir em ações de prevenção³ ao longo de todo o curso de vida para que o idoso tenha um estilo de vida ativo (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Nesse sentido, o processo de envelhecimento e do aumento da longevidade depende das estratégias adotadas pelo indivíduo ao longo da vida, ou seja, é necessário ter hábitos de vida saudáveis, incluindo alimentação saudável, atividade física, ingestão adequada de líquidos, qualidade do sono e manutenção da capacidade funcional (JANSEN *et al.*, 2020).

A expectativa de vida na última década, no Brasil, passa pelo aumento demográfico que é ocasionado também pela alteração no padrão epidemiológico (BERGAMO FRANCISCO *et al.*, 2021). Que passa de um padrão marcado por enfermidades predominantemente infecciosas para um padrão de maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (MARTINS *et al.*, 2021). À medida que a população envelhece passa a apresentar um perfil epidemiológico diferenciado, caracterizado pelo aumento progressivo de doença arterial coronariana e diabetes, o que repercute em tratamento de longa duração para a população (BRASIL, 2018).

O perfil da transição epidemiológica vem se modificando de forma importante desde a década de 1930, onde as doenças infecciosas eram as principais causas de morte no Brasil, ficando responsáveis por cerca de 40% dos óbitos, a partir de 1940, houve aumento da proporção de óbitos por doenças cardiovasculares, em 1970, as doenças

³ Entre as ações de prevenção no setor de saúde destaque-se 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, 2003a). 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) e covid-19 (BRASIL, 2022a).

cardiovasculares eram a principal causa de morte e, com o passar das décadas, tornam-se responsáveis por, aproximadamente, 25% dos óbitos em 2000 (CORRÊA; RIBEIRO, 2017). Entre os riscos globais para a mortalidade no mundo, se encontram a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, que são os maiores fatores de risco para as doença renal e doenças cardiovasculares, sendo estes a principal causa de óbito na população idosa (BERGAMO FRANCISCO *et al.*, 2018).

Sendo assim, com o aumento da expectativa de vida houve urgência de se criar programas de assistência ao idoso, programas estes que abordem a prevenção e a manutenção da qualidade de vida, a fim de proporcionar um envelhecimento ativo (MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016). Destaca-se ainda que nesse processo de envelhecimento deve-se considerar os comportamentos adquiridos em toda a jornada de vida, pois estes influenciam a qualidade da velhice, portanto, as práticas saudáveis e a participação social devem ser estimuladas ao longo de toda vida (SOUZA; SILVA; BARROS, 2021).

A qualidade do envelhecimento depende das experiência e condições de vida e trabalho. Segundos alguns autores, quando exposto a vulnerabilidade social durante a infância e a adolescência, o idoso pode apresentar mais danos e desvantagens significativas referentes à saúde (RODRIGUES; NERI, 2012; BARBOSA; OLIVEIRA; FERNANDES, 2019). Sendo assim, essa vulnerabilidade esta relacionada aos fatores estruturais da sociedade, tais como desigualdade de renda, educação e acesso aos serviços de saúde, que podem levar ao risco de doenças, comorbidades e incapacidade funcional do idoso (JESUS *et al.*, 2018).

Os idosos em risco de vulnerabilidade, com condições financeiras piores, menor nível de escolaridade e acesso restrito aos serviços de saúde, são mais propensos a apresentar condição de saúde fragilizada, com maior risco de adoecimento e prejuízo à qualidade de vida (ARAÚJO-JÚNIOR *et al.*, 2019). Segundo Freitas *et al.* (2020), a fragilidade é uma síndrome multifatorial que pode influenciar na vida do idoso nos aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, reduzindo a autonomia e independência do idoso.

O aumento da população idosa é um acontecimento mundial (VERAS, 2009). Os países desenvolvidos começaram a vivenciar uma maior queda nas taxas de mortalidade da população no início do século XIX. Frente a isso, destaca-se que nestes países a transição demográfica ocorreu de forma mais gradativa e antes do envelhecimento considerável da população (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Segundo Minayo *et al.* (2021), um exemplo desse fato é o continente europeu, que vem se preocupando com o aumento da população idosa e, portanto, trabalha com uma política econômica e social que é pensada de forma coordenada. Portanto, esse trabalho conjunto entre o setor da saúde e o de assistência social garantiu o direito à população envelhecida à assistência qualificada ao idoso, por meio do rastreio das fragilidades e vulnerabilidades (MINAYO *et al.*, 2021).

Na América Latina, e em outros países considerados em desenvolvimento, entretanto, essas reduções das taxas de mortalidade, que contribuem para o envelhecimento da população, só começaram a ser significativas no início do século XX, sendo mais evidenciadas a partir de 1960, refletindo em uma série de dificuldades dos países para se adaptarem à nova realidade de sua população (ARAÚJO, 2012; BARRETO *et al.*, 1993).

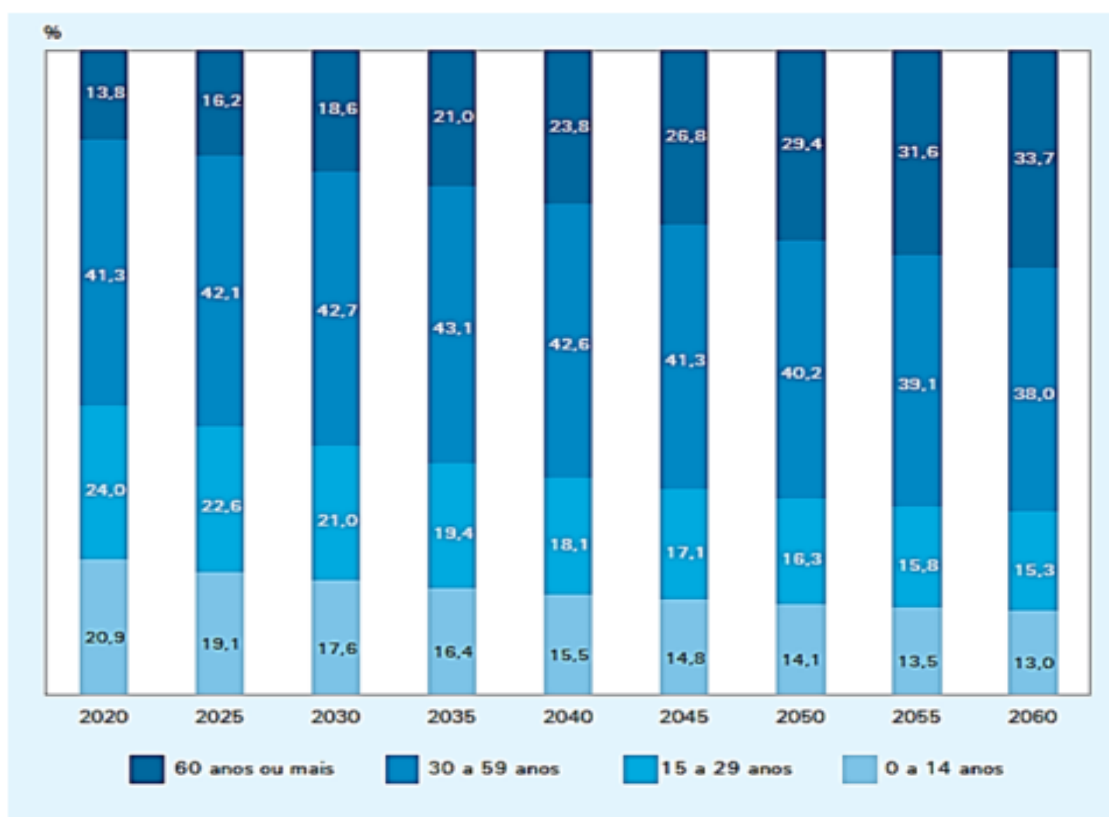
Essa é a realidade do Brasil, que vem passando por uma transição demográfica com um crescimento de mais de 4 % ao ano da população idosa. No período de 2012 a 2022, o número de idosos passará de 19,6 milhões, em 2010, para 73,5 milhões, em 2060 (KOBAYASI *et al.*, 2019). As mudanças demográficas mais notáveis têm ocorrido nas idades extremas, com redução da população com menos de 15 e aumento das pessoas de 65 anos ou mais, que deixaram de ser 5,5%, em 2000 e passarão a ser 10,7% em 2025, 18,7% em 2030 e 32,9% em 2060 (SOUZA; SILVA; BARROS, 2021).

Pode ser verificado, pela Figura 3, 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 grupo poderá atingir a proporção de 33,7% de toda população

brasileira em 2060 (IBGE, 2013).

Como pode 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).

Figura 3 – Previsão de distribuição da população de 2020 a 2060



Fonte: IBGE (2013).

Entretanto, segundo Romero *et al.* (2021), desde o ano de 2020, o mundo enfrenta a pandemia da covid-19. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), na medida em que o vírus da covid-19 se espalhou nos países, a taxa de mortalidade para as pessoas idosas cresceu, principalmente para as em vulnerabilidade social. Em função dessa grande mortalidade, se estabeleceu como uma medida de controle o isolamento social para os grupos vulneráveis, o qual incluiu a população idosa (ROMERO *et al.*, 2021).

Diante do exposto, com a transição demográfica e o aumento da expectativa de vida ao longo dos anos, políticas públicas foram instituídas com o objetivo de assegurar um envelhecimento com dignidade e autonomia. Segundo Veras (2011), com o aumento da expectativa de vida, a mortalidade na população idosa causada por HA e DM tornou-se um desafio para o setor da saúde e foi necessário implantar políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e manutenção da saúde, na tentativa de garantir a essa população vulnerável um envelhecimento com independência e autonomia.

Com a finalidade de garantir a autonomia dos idosos, em 1994 foi instituída a Política Nacional do Pessoa Idosa (PNI), que assegura os direitos dos idosos por meio de condições que objetivam garantir a autonomia, a integração e a participação efetiva do idoso na sociedade (BRASIL, 1994a).

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:

É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. - 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. 1b).

Para viabilizar o que era preconizado no estatuto do idoso, foi implantado, no ano de 2006, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), promulgada pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, 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, 2006a).

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.

- 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, 2006a, p. 2)

Especificamente no estado do Espírito Santo, em 2008, por meio do Programa Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, foi lançado o Programa Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Promaspi), com o objetivo de contribuir para um envelhecimento saudável e ativo da população idosa, o projeto envolve a elaboração de estratégias a serem seguidas pelos municípios para a implantação de um Programa Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (SESA, 2008).

Em 2012 foi instituída a portaria que prevê a Política Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, que visa ações na área da saúde para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento dessa clientela, esta conta com três objetivos: Assistência Integral e Integrada, Formação e Educação Permanente e Intersetorialidade (SESA, 2012).

Recentemente, no ano de 2019, foi elaborado o Plano Estadual de Saúde 2020-2023, que teve como estratégia prioritária organizar a rede de atenção à saúde, incorporar novas tecnologias com a formação profissional e inovar a Gestão do SUS-ES. Destaca-se, neste plano, o aumento da expectativa do envelhecimento da população capixaba, sendo que, entre 1990 e 2018, houve um crescimento etário de 67,8 para 78,8 anos, o que reforça a necessidade de se realizar diagnósticos específicos na população idosa, especialmente quanto a realidade das DCNT, para o desenvolvimento de ações específicas (SESA, 2019).

3.2 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Com o aumento do envelhecimento, o desafio é viver mais e com qualidade de vida, o

que aponta para a importância do desenvolvimento de políticas públicas que propiciem a autonomia e independência do idoso frente às DCNTS (MARI *et al.*, 2016).

Em fevereiro de 2000, a Secretaria de Políticas da Saúde (SPS) iniciou a elaboração do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus que, entre outras, prevê a intensificação de ações voltadas à prevenção primária – redução e controle de fatores de risco –, detecção, vinculação e tratamento de portadores dessas patologias na rede básica de saúde, capacitação de recursos humanos e melhoria do atendimento especializado e da assistência farmacêutica. Para a realização desse trabalho, a SPS convidou representantes das Sociedades Brasileiras de Diabetes, de Cardiologia, de Hipertensão, entidades nacionais de portadores, a Fenad, o Conass e o Conasems que passaram a constituir Comitê Técnico com o propósito de assessorar a elaboração e a operacionalização do Plano, bem como as etapas nacionais de detecção. Esse Comitê foi instituído por portaria do Ministro da Saúde, editada em fevereiro de 2001 (Portaria GM 235/2001 e Portaria SPS 07/2001) (BRASIL, 2001a, p. 06).

A Portaria nº 235, de 20 de fevereiro de 2001, tem o objetivo de garantir e proporcionar assistência ao usuário portador de DCNT, como HA e DM, na Atenção Primária. Essa portaria tem como diretrizes:

- I - Vinculação dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS – portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus a unidades básicas de saúde;
- II - Fomento à reorganização dos serviços de atenção especializada e hospitalar para o atendimento dos casos que demandarem assistência de maior complexidade;
- III - aperfeiçoamento do sistema de programação, aquisição e distribuição de insumos estratégicos para a garantia da resolubilidade da atenção aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus;
- IV- Intensificação e articulação das iniciativas existentes, no campo da promoção da saúde, de modo a contribuir na adoção de estilos de vida saudáveis;
- V - Promoção de ações de redução e controle de fatores de risco relacionados à hipertensão e à diabetes; e
- VI - Definição de elenco mínimo de informações sobre a ocorrência desses agravos, em conformidade com os sistemas de informação em saúde disponíveis no País (BRASIL, 2001a, p. 01).

A HA e o DM são uma importante causa de morbimortalidade no Brasil, considerando esse fator, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus em 2001, o que deu origem ao Programa HIPERDIA (BRASIL, 2001b) O plano tem como objetivo diagnosticar precocemente as DCNT, investir na prevenção e garantir a qualidade de vida, como também, evitar a hospitalização e os consequentes gastos para o SUS. Segundo BRASIL (2001c) Assim,

o objetivo desse plano:

[...] é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. Este caderno é um dos instrumentos da capacitação dos profissionais da atenção básica. Teve como base os protocolos, consensos e manuais elaborados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas, além de outros documentos e trabalhos, incluindo experiências bem-sucedidas nos estados e municípios (BRASIL, 2001d, p. 05).

O Programa HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus que é gerido pelo Ministério da Saúde:

[...] através da Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com a Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processados pelo DATASUS- Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a, p. 01).

Destaca-se que a Portaria nº 371, de 04 de março de 2002, deixa em evidência a responsabilidade do Sistema Único de Saúde em amparar a população com assistência farmacêutica, principalmente os usuários que são acometidos pela HA e pelo DM, por meio do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002b).

Além dessas ações, o Ministério da Saúde, com o objetivo de possibilitar a redução e o controle das taxas das DCNT no Brasil, publicou a portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde. Essas iniciativas permitem, de alguma forma, melhorar a condição de saúde dos usuários ao garantir hábitos alimentares mais saudáveis na população (BRASIL, 2006b).

Como iniciativa de redução da carga das DCNT no país, merece destaque o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, elaborado 2011 (BRASIL, 2011a). Este plano traçou metas para o

período de 2011-2022, e reforçou o desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, prevenção e cuidado integral, direcionadas para o controle das DCNT e seus fatores de risco (OLIVEIRA, *et al.*, 2020). Entre as abordagens a serem realizadas, tem-se em destaque ações com o objetivo de diminuir os “fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade)” (BRASIL, 2011c, p. 01).

Além disso, definiu “[...] diretrizes e ações em três eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral” (BRASIL, 2011d, p. 01). Estas diretrizes propostas contam com a Estratégia Saúde da Família como uma importante estratégia de produção de cuidado integral e continuado (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Sendo assim segundo Malta, Neto e Silva Junior (2011), o Plano de DCNT tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas e sustentáveis, com base na prevenção e no controle das DCNT e seus fatores de risco, priorizando assim, ações de promoção da saúde e fortalecendo o serviço de saúde.

Destaca-se que, no ano de 2021, o Ministério da Saúde publicou a atualização desse plano, com metas traçadas para os anos de 2021 a 2031. No atual plano, se mantém a necessidade de se desenvolver ações para o fortalecimento do enfrentamento das DCNT, mas são incluídos outros agravos não transmissíveis, como as violências e os acidentes, que também fazem parte do cenário de morbimortalidade da população, bem como pautar a promoção da saúde nas ações realizadas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2021).

No próximo capítulo apresenta-se o papel da Estratégia Saúde da Família como uma importante forma de se atingir os objetivos preconizados pelo plano de ações e estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis.

4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO DO IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

Este capítulo teórico trata-se de uma contextualização ao leitor sobre um breve histórico sobre o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família e dos aspectos que tratam acerca do cuidado do idoso com hipertensão arterial e diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família. Logo após serão retratados o Programa HIPERDIA realizado na Estratégia Saúde da Família.

4.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A luta por um sistema público de saúde iniciou na década de 1970, e ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária (MRS), foi um processo de mobilização do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que buscou a implantação e a consolidação de um sistema de saúde que fosse universal (COSTA *et al.*, 2020). O Movimento da Reforma Sanitária foi um longo processo político de conquista da sociedade em direção à democratização da saúde, com o objetivo da construção do novo Sistema Nacional de Saúde, e uma nova visão dos serviços de saúde (BRASIL, 1987).

Em 1978 ocorreu a primeira Conferência Internacional na cidade de Alma-Ata, onde reafirmou-se a saúde como um direito fundamental da população, sendo esta uma forma de melhoria das condições de vida e redução das desigualdades (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). A Conferência de Alma-Ata ocorreu em uma série de conferências promovidas pela organização das Nações Unidas, que tinha como metas discutir o desenvolvimento econômico, social e da saúde e assim debater uma agenda ampliada para uma nova ordem econômica internacional (GIOVANELLA *et al.*, 2019). As discussões foram realizadas com o objetivo de se pensar estratégias para diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países, enquanto no campo da saúde ações de promoção e proteção foram relacionadas como condição única para melhoria da qualidade de vida (MENDES, 2004).

As conferências Internacionais levaram a compreender que a promoção à saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, o que ajuda a romper com o modelo de atendimento biomédico, e intensifica as ações das estratégias de promoção e prevenção de saúde, promovendo a autonomia da população (HEIDMANN *et al.*, 2006). Segundo Rabello (2010), as conferências se tornaram um marco, pois estabeleceram a proposta da atenção primária à saúde como uma diretriz para a atuação em saúde no Brasil. Isto porque, a APS preconiza o cuidado primário para evitar e controlar os fatores de risco à saúde, e assim, propiciar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social e o compromisso de garantir saúde para a população (RABELLO, 2010).

Sob influência deste contexto internacional, o Brasil foi um dos países que, nas lutas pela democracia, incluiu a saúde na agenda política por meio do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988, desse modo, foi o único país capitalista da América Latina que estabeleceu um sistema de saúde universal (PAIM, 2019). De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS, regulamentado pelas Leis 8080/1990⁴ e 8142/1990⁵, passa a ser um direito de cidadania (MERCADANTE *et al.*, 2002).

Assim, o SUS adota uma compreensão ampliada de saúde, com foco nos aspectos sociais, culturais, econômicos e bioecológicos, com articulação intersetorial e com análise da sociedade para a redução de vulnerabilidades e riscos (MALTA *et al.*, 2016). O novo modelo do SUS prevê o desenvolvimento de ações para a promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e desponta como importante resposta à

⁴ A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), de 19 de setembro de 1990, determina a descentralização no que é dever do Estado, sendo assim, parte dos recursos federais para financiamento das ações e serviços de saúde é transferido às demais regiões nacionais como financiamento de suas ações (FERNANDES; PEREIRA, 2020). O objetivo da lei 8080 é dispor acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços e mostrar as competências e atribuições do SUS, assim como as funções da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 1990a).

⁵ A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, define duas instâncias: a participação da comunidade e as Conferências e os Conselhos de Saúde, que devem ser instituídos em cada uma das três esferas de governo municipal, estadual e federal (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017). A Lei nº 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

reestruturação do modelo de atenção à saúde, os quais priorizam uma abordagem no cuidado individual e coletivo (PRADO; SANTOS, 2018).

Com esse objetivo, implantou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve início em 1991, o que impulsionou a mudança do modelo de assistência à saúde a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 2001c). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ao realizar as visitas domiciliares e cadastrar as famílias, identificam os principais problemas de saúde e contribuem para que os serviços de saúde possam oferecer uma assistência mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade (BRASIL, 2000). Posteriormente, em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), desenvolvido a partir do PACS (NEVES *et al.*, 2018).

O PSF tinha como objetivo melhorar o atendimento da população mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 1994b). Nesse contexto, o PSF tem a proposta de mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade (ROSA; LABATE, 2005). O PSF, gradualmente, foi se tornando a principal estratégia no modelo assistencial, já então como eixo norteador da base do SUS e, em 2006, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta desempenho positivo em relação ao modelo tradicional, pois atua em território delimitado, com a descrição e acompanhamento longitudinal da população, permitindo oferecer acesso universal (KESSLER *et al.*, 2018). Assim, a ESF propõe novo modelo de trabalho, tendo a família como centro de atenção, proporcionando um cuidado integral à saúde de forma preventiva, com visão humanizada na intervenção dos usuários (LOPES *et al.*, 2020). Os resultados positivos da implementação da ESF podem ser demonstrados pelas reduções

da mortalidade e das hospitalizações, pois são condições sensíveis à atenção primária (JULIÃO; SOUZA; GUIMARÃES, 2021).

A ESF, implantada em 2006, tornou-se uma prioridade na portaria nº 399, de 22 fevereiro de 2006, que estabeleceu o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006c). Este Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, com objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2006c). Entre esses objetivos tem-se como prioridade a atenção à saúde do idoso, reforçando a necessidade de se implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral com promoção ao envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006d).

O Pacto pela vida também estabelece como prioridade o desenvolvimento da promoção da saúde na população, para tanto, preconiza:

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular alimentação saudável e combate ao tabagismo (BRASIL, 2006d, p. 1).

O Pacto pela vida prioriza o fortalecimento da atenção básica com princípios na Estratégia de Saúde da Família, para tanto, preconiza: “Consolidar e qualificar a Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006e, p. 01).

Sendo assim, com as ações determinadas pelo Pacto da Vida, a ESF consolidou-se e tornou-se abrangente, se estabelecendo como o centro da assistência em saúde. Segundo Kroth e Guimarães (2019), a portaria do Pacto pela Vida teve como objetivo centralizar as prioridades pactuadas a serem desenvolvidas por meio do termo de adesão e compromisso dos municípios, que estabeleceu aos mesmos metas de melhoria e qualidade de serviço ofertado na atenção básica.

Em resposta ao Pacto pela vida, em 2006 foi publicada a Portaria nº 648, de 28 de março

de 2006, que implantou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006f) revisada em 2011 e 2017, que buscava promover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal para o usuário no SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A PNAB estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e teve como objetivo ampliar a relação entre cuidado em saúde e território, definindo o PSF como modelo de atenção a ser seguido (BRASIL, 2006g).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006g, p. 12).

Assim, com a inserção da ESF na rede da AB, o Ministério da Saúde implantou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), estabelecido na Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2010). O NASF é composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e tem o objetivo trabalhar juntamente com a equipe da ESF no território de abrangência, compartilhando práticas em saúde e ofertando qualidade de vida à população (BRASIL, 2008).

No ano de 2011, a PNAB foi reformulada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que reafirma que a ESF tem acesso universal, contínuo, com qualidade e resolutivos, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação na atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011a). Segundo a PNAB, a ESF

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL 2011b, p. 01).

Buscando integralidade, a PNAB assim consolida a centralidade da ESF com o objetivo

de aumentar a cobertura do território por meio de um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, garantindo a promoção em saúde, cuidado integral e interações com a comunidade, o que permite conhecer a demanda do território (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Outra reformulação da PNAB foi realizada em 2017 na Portaria nº 2.436, assim, a PNAB estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS para contribuir com o modelo de atenção e da gestão (BRASIL, 2017).

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017, p. 01).

A PNAB de 2017 estabelece como prioridade a cobertura pelos ACS no território com maior situação de vulnerabilidades.

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ofertar uma atenção integral à saúde (BRASIL, 2017, p. 01).

Deste modo, a PNAB deixa indeterminado o número quantitativo de ACS por equipe de ESF, podendo assim, diminuir a cobertura do território, a medida que foca na cobertura de áreas com vulnerabilidade social (GOMES; GUTIÉRREZ; SORENZ, 2020). Segundo Brasil (2017), o número de ACS a ser definido toma como base o território, considerando os critérios socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos. Sendo assim, em áreas com vulnerabilidade social deve-se realizar a cobertura de 100% da população, considerando um número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

Frente a essas mudanças, a PNAB de 2017 representa um retrocesso em relação a PNAB de 2006 e PNAB 2011 na questão da integralidade, por motivo de mudanças nos padrões de promoção em saúde e cuidado integral na ESF, limitando assim, o vínculo de ACS e usuário do território (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

4.2 O CUIDADO DO IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No idoso, o aparecimento das DCNT, como HA e DM, ocorre, principalmente, devido a alterações fisiológicas, como o aumento da rigidez arterial e a redução da massa muscular, que são características dessa fase da vida (ARAUJO *et al.*, 2020). Sendo assim, o cuidado da saúde do idoso deve ser estruturado de forma diferente da que é realizada para o usuário adulto mais jovem (VERAS; OLIVEIRA, 2018). O que contribui, também, para o aumento das DCNT, é a exposição a fatores de risco, decorrentes da mudança no estilo de vida da população, como dieta pouco saudável, tabagismo, sedentarismo e estresse (LUZ *et al.*, 2020).

Desta forma, as DCNT correspondem a um conjunto de fatores de risco causados ao longo da vida e, portanto, tem múltiplas causas e podem afetar a saúde do idoso por um período prolongado (FIGUEIREDO; CECCON; FIGUEIREDO, 2021).

As DCNT são responsáveis por cerca de 41 milhões de mortes por ano no mundo, o que corresponde a 71% de todas as mortes, onde a maioria das mortes são prematuras, sendo que, cerca 15 milhões ocorrem na população entre 30 e 69 anos (MALTA *et al.*, 2021). Os crescentes níveis de morbimortalidade por DCNT, principalmente na população idosa, tem um impacto econômico negativo na sociedade, e são grandes desafios para o enfrentamento das suas principais doenças, como a HA e o DM, que acometem a população adulta e idosa (STOPA *et al.*, 2019).

Segundo Nilson *et al.* (2020), grande parte dos gastos com tratamento de doenças no sistema da saúde se concentra nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, assim

como na dispensação de medicamentos e exames laboratoriais para controle das DCNT, o que exige acompanhamento frequente. Os altos custos socioeconômicos associados as DCNT têm repercussão na economia dos países, sendo previsto gasto aproximado de US\$ 7 trilhões, durante os anos de 2011-2025, em países de baixa e média renda (MALTA *et al.*, 2017).

Segundo Malta *et al.* (2021), entre as doenças que se destacam na DCNT tem-se as doenças cardiovasculares, que corresponderam a 17,9 milhões de casos e a diabetes, que registrou 1,5 milhão no ano de 2015. Estima-se que a prevalência global de HÁ, em 2000, era de 26% e em 2025 pode aumentar em 24% nos países desenvolvidos e 80% em países em desenvolvimento (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Os principais fatores de risco para a HA incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, anticoncepcionais e alta ingestão de sódio, o que pode estar associados a outros aspectos, tanto sociais quanto físicos (CARVALHO *et al.*, 2013). O envelhecimento populacional, somado à adoção de estilos de vida não saudáveis, com a priorização de alimentos ultraprocessados, consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo e falta de atividades físicas, têm contribuído para a elevação da Pressão Arterial (PA), tornando necessário o uso de farmacológicos para tratamento da HA (JULIÃO; SOUZA; GUIMARÃES, 2021).

A abordagem terapêutica da PA elevada deve ser iniciada quando a PA estiver acima de 150/100 mmHg, o que inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos Cardiovascular e renais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020). O tratamento da HA tem redução em cerca de 40% do risco de acidente vascular cerebral e cerca de 15% de redução de infarto agudo do miocárdio, portanto, o diagnóstico precoce e o monitoramento da HA tornam necessários (MALTA *et al.*, 2018).

Para o controle da HA, o trabalho da equipe de saúde e a participação dos usuários é parte fundamental no processo, o uso contínuo e correto da medicação reduz as chances de complicações da doença, sendo que a baixa adesão aos medicamentos é tida como

a principal falha no controle da HA (JULIÃO; SOUZA; GUIMARÃES, 2021). O tratamento para HA combina mudanças no estilo de vida, incluindo a redução da ingestão de sódio, controle do peso, realização de atividade física, diminuição no consumo de álcool e abolição do tabagismo, incluído o uso dos anti-hipertensivos (FEITOSA *et al.*, 2020).

Além da HA, uma outra DCNT que se destaca é a DM, a qual tem como estiva de aumento no número de óbito em adultos 69% nos países em desenvolvimento e 20% nos países desenvolvidos, no período de 2010 e 2030. No Brasil, estima-se que, entre 2010 e 2030, haverá cerca de 9,2 milhões de brasileiros com o diagnóstico de DM, sendo crescente a prevalência com o aumento do envelhecimento da população (BERGAMO FRANCISCO *et al.*, 2019).

O DM constitui-se em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou nos defeitos na ação, ou em ambos os mecanismos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Segundo Belfort e Oliveira (2001), o risco da DM pode acarretar em complicações vasculares, renais, cardíacas, oftalmológicas, neurológicas e infecciosas, que com o passar do tempo causam grande impacto econômico-social.

Isto porque existe alta demanda por consultas, exames, internações e cirurgias, que podem causar incapacitação laborativa, projetando o DM como um problema de saúde pública (BELFORT; OLIVEIRA, 2001). As principais complicações do DM não tratadas podem ressaltar em neuropatia, retinopatia, cegueira, pé diabético, amputações e nefropatia (MUZY *et al.*, 2021).

Os principais fatores de risco para DM são o sedentarismo, a obesidade e os hábitos alimentares não saudáveis (BRASIL, 2006h). Assim como na HA, a prevalência do DM pode ser atribuída ao aumento do envelhecimento e ao processo avançado de industrialização e urbanização, bem como as mudanças no estilo de vida que proporcionam o aumento do número de pessoas sedentárias e com sobrepeso e obesidade (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A abordagem terapêutica se faz considerando os parâmetros associados ao controle da glicemia de jejum, glicemia pós-prandial e hemoglobina. O tratamento do usuário com DM é realizado com terapias farmacológicas, mas a mudança de estilo de vida (reeducação alimentar e prática regular de exercício físico) é um dos diferenciais para o tratamento e o sucesso no controle da DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Portanto, a HA e DM são enfermidades que podem ser evitadas e controladas por serem sensíveis a atenção básica e suas complicações apontam a necessidade de prevenção, tanto no controle da doença quanto nos cuidados longitudinais (MUZY *et al.*, 2021). Portanto, segundo esses autores, os serviços de saúde devem ofertar o Programa HIPERDIA para atender a população com HA e DM, buscando, por meio da ação preventiva, evitar complicações, hospitalizações, óbitos e elevados gastos do sistema de saúde (MUZY *et al.*, 2021).

4.3 PROGRAMA HIPERDIA REALIZADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF se consolidou na atenção básica, se tornando imprescindível por possibilitar um acompanhamento adequado aos usuários com HA e DM, e trabalhar com orientação, planejamento de ações e prevenção de agravos à saúde, estabelecendo vínculo entre usuário e equipe de saúde (SILOCCHI; JUNGES, 2017). Logo, a ESF torna-se referência no cuidado dos usuários acometidos por HA e DM, por desenvolver o Programa HIPERDIA, sendo responsável pelo rastreamento, tratamento, diagnóstico precoce das possíveis complicações e coordenação do cuidado integral e contínuo destes usuários (SARNO; BITTENCOURT; OLIVEIRA, 2020).

O Programa HIPERDIA representa grande importância para os usuários, a medida que tem como meta identificar os fatores de risco, orientar sobre o cuidado com a saúde e contribuir com o usuário junto ao tratamento, diminuindo complicações futuras relacionadas à saúde e assim favorecendo qualidade de vida (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018). O Programa HIPERDIA se tornou importante na ESF por incentivar o

autocuidado e levar orientação, se tornando um dos suportes fundamentais no acompanhamento da população idosa com HA e DM por meio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Isto porque a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento que tem como objetivo acompanhar e monitorar o cuidado da pessoa idosa, com possibilidade de identificar riscos para vulnerabilidades, fragilidades e doenças, o que permite ao profissional de saúde estabelecer um plano de cuidado específico e contínuo para cada idoso (BRASIL, 2022b).

O Programa HIPERDIA é caracterizado por reuniões voltadas para HA e DM, realizadas por uma equipe de saúde multiprofissional da ESF, nessas reuniões são ofertadas orientações sobre as doenças e os pacientes compartilham suas dificuldades, bem como recebem os medicamentos necessários para o tratamento (MARANHÃO *et al.*, 2021). Nesse sentido, a ESF envolve uma equipe multiprofissional com a proposta de acompanhamento dos usuários do Programa HIPERDIA para levar promoção de saúde, evitar agravos à saúde deste grupo e proporcionar educação permanente para uma alimentação saudável e prática de atividade física regular e na adesão ao tratamento medicamentoso (SILVA *et al.*, 2021).

Assim, o Programa HIPERDIA visa o monitoramento de fatores de riscos, verificações dos sinais vitais, fornecimento de medicamentos quando necessário, e orientações em grupo e individual. Para atender estas propostas, a equipe mínima multidisciplinar da ESF deve ser formada pelos profissionais Agente Comunitário de Saúde (ACS), técnico de Enfermagem, enfermeiro e médico, podendo fazer parte da equipe os profissionais da odontologia e um técnico em saúde bucal (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018). O papel de cada membro da equipe no programa é descrito na sequência.

O ACS é responsável por realizar as visitas domiciliares, cadastrar as famílias do território, sinalizar os usuários com DCNT, e também em orientar os usuários sobre os fatores de risco e medidas de prevenção, rastrear e verificar se os usuários estão

comparecendo as consultas pelo menos duas vezes ao ano, mesmo sem queixas. Cabe ainda ao ACS perguntar aos usuários se estão tomando os medicamentos, cumprindo as orientações de dieta, realizando atividades físicas, se pararam de fumar e ingerir bebidas alcoólicas e, por fim, encaminhar para participar do Programa HIPERDIA ou marcar visita domiciliar com outro membro da equipe em caso de fragilidade do usuário (BRASIL, 2001a). O ACS, ao realizar sua função de visita domiciliar no seu território, contribui no cuidado do indivíduo, tornando possível a prevenção de agravo à saúde sendo assim, o principal mediador entre a população e a equipe de saúde (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018).

Na equipe de saúde, o técnico de enfermagem participa das atividades de planejamento de ações, contribuindo na promoção da saúde com orientação sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira (BRASIL, 2017). Sendo, o técnico de Enfermagem o responsável por realizar os procedimentos como verificar os sinais vitais do usuário, como frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, glicose capilar e temperatura, realizar curativos, administrar os medicamentos, aplicar as vacinas e, quando necessário, realizar visita em domicílio juntamente com o ACS (BRASIL, 2001b).

O enfermeiro se destaca como sendo o principal responsável em coordenar o Programa HIPERDIA e a equipe de saúde, este contribui com o planejamento de ações educativas em saúde e presta assistência humanizada, possibilitando avaliar o usuário com HA e DM com uma abordagem precisa (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018). Segundo BRASIL (2001c), a função do enfermeiro é capacitar e supervisionar os técnico de enfermagem e os agentes comunitários, estabelecer, junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão aos grupos de hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2001d). Também realiza consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, o exame dos membros inferiores para identificação do pé de diabético e renovação de receita com tratamento medicamentoso. O enfermeiro é responsável pelo planejamento de atividades educativas individuais, ou em grupo, com os usuários hipertensos e diabéticos e, nos casos necessários, encaminha o usuários para o médico clínico geral da ESF (BRASIL, 2021).

O médico clínico geral da ESF tem as funções de realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, solicitar exames complementares, tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento com farmacológicos, encaminhar para saúde bucal, unidades secundárias, como a atenção especializada, Pronto Atendimento Municipal (PAM) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (BRASIL, 2001c). Segundo Cirino *et al.* (2022), cabe ainda ao médico reconhecer os usuários, principalmente os que não são aderentes ao tratamento medicamentoso.

Algumas equipes da ESF contam também com o cirurgião-dentista, que tem a função de realizar atenção em saúde bucal, como tratamento, manutenção da saúde, acompanhamento e diagnóstico, participar de ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais. Quando necessário, realizar visita domiciliar, elaborar plano de cuidados para os usuários que possuem DCNT do território, junto aos demais membros da equipe de saúde, e realizar supervisão do trabalho do técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Para auxiliar o cirurgião-dentista, o técnico em saúde bucal tem as funções de assessorar nas intervenções clínicas, organizar a sala da odontologia, realizar esterilização dos equipamentos da odontologia, participar das ações educativas sobre prevenção das doenças bucais e acompanhar os demais membros da equipe, buscando integrar ações de saúde (BRASIL, 2017).

Sendo assim, com o fortalecimento da ESF, a atenção em saúde bucal está ampliando os atendimentos na Unidade Básica de Saúde (UBS) como forma de integralidade da atenção e captação precoce em saúde bucal, com objetivo de trabalhar em equipe, conhecer o território e desenvolver ações com orientação sobre cuidados bucais (SCHERER *et al.*, 2018).

Logo, a atenção em saúde da ESF é realizada pela equipe multiprofissional que é responsável pelo processo de trabalho na UBS, fortalecendo o vínculo, acompanhamento

e integralidade com os usuários do território, contribuindo para a promoção em saúde, podendo assim, trabalhar com a equipe de atenção especializada e também com unidades secundária (OLIVEIRA; FARIAS; VASCONCELOS, 2022).

A seguir, apresentam-se a assistência à população idosa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e os resultados da pesquisa realizada no SISAP-idoso com o objetivo de verificar os indicadores relacionados aos determinantes de saúde e condições de saúde voltados para as DCNT no município de Viana-ES.

5 ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE EM VIANA: EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DO SISAP-IDOSO RELACIONADOS A DCNTS

Este capítulo trata-se de uma contextualização ao leitor sobre um breve histórico do processo de assistência ao idoso com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no município de Viana-ES, descrevendo o atendimento na atenção primária com o Programa HIPERDIA e na assistência secundária como atenção especializada, Pronto Atendimento Municipal e Unidade de Pronto Atendimento. E verificando a situação da população idosa do município com observação dos indicadores referentes aos determinantes da saúde e condições de saúde, no período de 2000 a 2019, relacionados coma HA e DM.

5.1 ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE VIANA-ES

O município de Viana-ES possui 25 equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), com equipes multiprofissionais⁶, as UBS são responsáveis por executar os atendimentos básicos com Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, de segunda a sexta-feira, de 07h às 16h. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, profilaxia de doenças, ações de atenção à saúde, encaminhamentos para outras especialidades clínicas e fornecimento de medicação básica (BRASIL, 2022c).

Segundo a secretaria município de Viana-ES⁶, a ESF desenvolve o Programa HIPERDIA em todas as UBSs de forma individual e coletiva, levando prevenção, orientação e assistência em consultas com médico e com enfermeiro e também tem implantado a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, para cadastramento e acompanhamento do usuário no território.

A ESF, por meio da sua equipe multiprofissional, busca um cuidado em saúde para o usuário através da prevenção e acompanhamento, possibilitando assim, trabalhar em

conjunto com a assistência secundária como atenção especializada (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018). A atenção especializada possibilita trabalhar em parceria com a equipe interprofissional, quando assim tem indicação de consulta com especialista, centralizando o atendimento no usuário (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018). Assim, a atenção especializada também contribui para o acesso da população idosa de Viana-ES com tecnologias em exames e procedimentos necessários para definir o diagnóstico dos usuários, tornando o acompanhamento rápido, integral, resolutivo e mais próximo da população (ALMEIDA; SILVA; BOUSQUAT, 2022).

Para a assistência da população idosa, o município de Viana-ES conta com a atenção especializada da Policlínica, que iniciou suas atividades no ano de 2020, localizada em local de fácil acesso para todos os usuários. Este serviço conta com profissionais das seguintes especialidades: psicologia, fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista, cardiologista, ortopedista, ginecologista, urologista, reumatologista, neurologista, angiologista, psiquiatra e oftalmologista, com exames específicos tais como mamografia, ultrassonografia e eletrocadiograma⁶. Segundo Ribeiro *et al.* (2022), a equipe interprofissional trabalha com várias especialidades, proporcionando um compromisso integral à saúde do usuário, possibilitando acompanhamento, avaliação e planejamento, podendo assim, propiciar integralidade ao cuidado. Nesse contexto, a ESF e as unidades secundária com atenção especializada proporcionam interações mais flexíveis e fluídas com articulação com o Pronto Atendimento Municipal (PAM) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (CANEPPELE *et al.*, 2020).

O Pronto Atendimento Municipal (PAM) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) realizam atendimentos à demanda espontânea de urgência e emergência com a proposta de ofertar uma assistência humanizada com agilidade e hierarquia ao usuário (CANEPPELE *et al.*, 2020). Nestes serviços são realizados os procedimentos como raio-X, eletrocardiografia, e exames de laboratório, estes locais também possuem leitos de observação, com objetivo de estabilizar e prestar o cuidado necessário ao usuário⁶.

⁶ Segundo informações obtidas por intermédio da secretária municipal de saúde Viana, no dia 16-01-2023.

Assim, funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e tem a capacidade de atender grande parte dos casos de urgências e emergências com sistema de tecnologia e procedimentos mais invasivos, definindo assim, o diagnóstico inicial com atuação necessária para a estabilidade do usuário (BRASIL, 2022c). A UPA e o PAM são estruturas de média complexidade, que oferecem suportes a ESF e atenção especializada, contribuindo assim, no atendimento de casos com maior gravidade (DOLL *et al.*, 2022).

Sendo assim, o município de Viana-ES hoje trabalha com a ESF, proporcionando cobertura de território de 100%, priorizando a promoção de saúde, prevenção e acompanhamento do usuário e estabelecendo vínculo com a equipe multiprofissional. Também proporciona assistência secundária com a Policlínica, sendo esta responsável pelo atendimento das especialidades médicas e a UPA e o PAM, que acolhem e dão suporte para os atendimentos de urgência e emergência por 24hs. Desta forma, o município de Viana-ES garante uma assistência integral à saúde do usuário, tendo um olhar especial ao idoso, principalmente aquele que tem DCNT, como HA e DM.

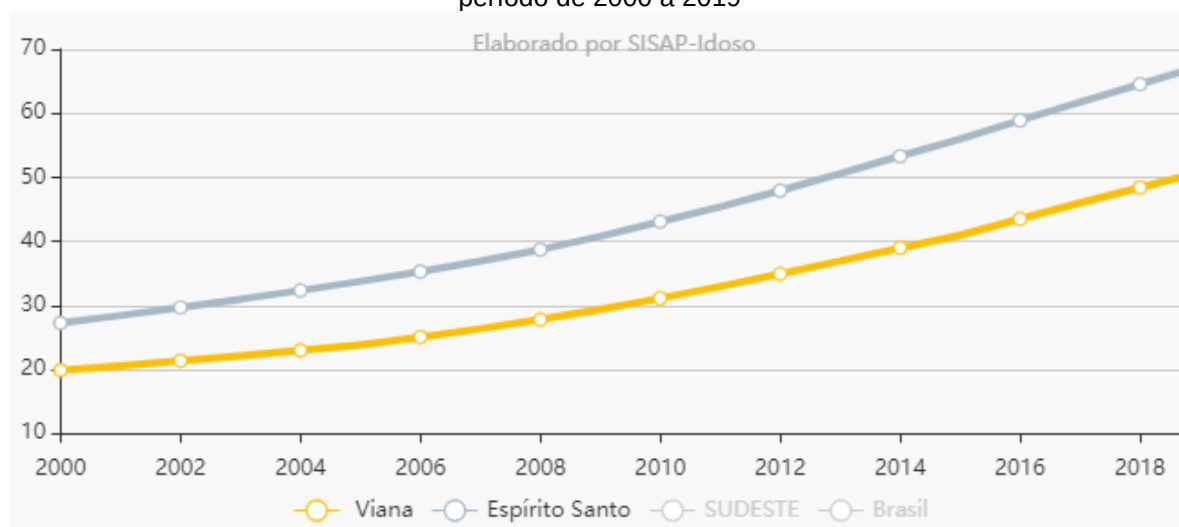
No item seguinte apresentam-se os dados usando o programa do SISAP-idoso com o objetivo de conhecer a realidade de saúde da população idosa com HA e DM do município de Viana-ES.

5.2 INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE VIANA-ES RELACIONADOS AS DCNTS, SEGUNDO SISAP-IDOSO

Antes de apresentarmos os indicadores relacionados as DCNT, apresentam-se a seguir os indicadores que demonstram a influência dos determinantes de saúde, como o índice de envelhecimento da população e a proporção de idosos de 60 a 74 anos da população idosa do município de Viana-ES, que permite avaliar a dimensão do crescimento demográfico e a distribuição relativa da população idosa. Assim, possibilita-se aos gestores organizar os serviços a serem ofertados a esta demanda, principalmente no setor da saúde, que necessita de acompanhamento.

A Figura 4, abaixo, apresenta o índice de envelhecimento, onde o município de Viana-ES é representado pela linha amarela e o estado do Espírito Santo pela linha azul, no período de 2000 a 2019.

Figura 4 - O índice de envelhecimento da população no município de Viana e estado do Espírito Santo no período de 2000 a 2019



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

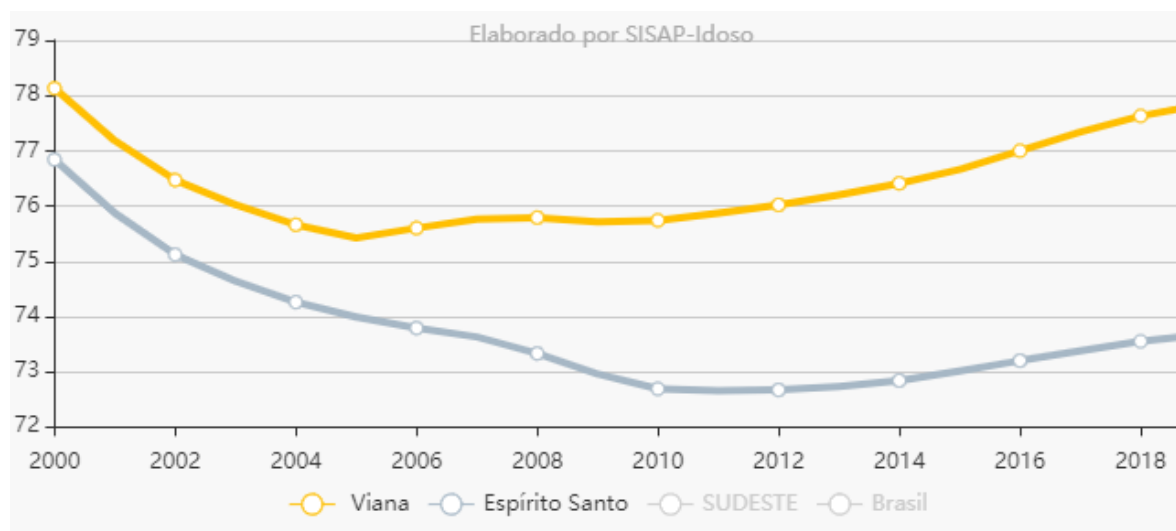
De acordo com a Figura 4, verifica-se aumento progressivo do índice de envelhecimento, tanto no município de Viana-ES quanto no do estado do Espírito Santo, passando de valores de 19,90 idosos por 100 habitantes menores de 15 anos de idade a 50,81 idosos por 100 habitantes menores de 15 anos de idade em Viana-ES, e de 27,2 idosos por 100 habitantes menores de 15 anos de idade a 67,36 idosos por 100 habitantes menores de 15 anos de idade no Espírito Santo entre os anos de 2000 a 2019.

Sendo assim, o município de Viana-ES possui um envelhecimento semelhante ao índice de envelhecimento do Espírito Santo. Segundo Campos e Gonçalves (2018), este envelhecimento vem ocorrendo devido ao declínio de fecundidade e redução da mortalidade, o que ocasionou um processo de envelhecimento populacional significativo. O envelhecimento é uma preocupação global, e no Brasil tem-se investido em desenvolvimento de tecnologia na área da saúde e capacitação de profissionais para a

garantia da integralidade do cuidado da população idosa em busca da manutenção da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida (RODRIGUES *et al.*, 2021).

Na figura 5 tem-se a exposição da proporção de idosos de 60 a 74 anos no município de Viana-ES e no estado do Espírito Santo, respectivamente.

Figura 5 - A proporção de população idosa de 60 a 74 anos no município de Viana e estado do Espírito Santo no período de 2000 a 2019



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

Ao se analisar a Figura 5 é possível notar que a proporção de idosos de 60 a 74 anos apresentou uma redução entre os anos de 2000 e 2019, na qual, o Espírito Santo apresentou uma queda nos respectivos anos: 2001, com 75,87%, sendo que, em 2010, teve uma queda para 72,69% e, em 2013 teve aumento da proporção até o ano 2019 sendo este aumento para 73,67%. No município de Viana-ES, no ano de 2000, apresentou uma queda para 78,13% no ano de 2005, havendo redução para 75,42% na proporção de isso e, em 2019 houve um leve aumento para 77,83%. A proporção do município de Viana-ES se manteve acima do Espírito Santo no período de 2000 a 2019, sendo que, a partir de 2005 houve um distanciamento maior dessas taxa de proporção. O Espírito Santo apresentou, no ano de 2019, taxa de 73,67%, e o município de Viana-ES, em 2019, teve a taxa de proporção de idosos registrada em 77,83%. Sendo assim, a

proporção de idosos de 60 a 74 do município de Viana-ES ultrapassou a proporção de idosos do estado do Espírito Santo e está em crescente aumento, deixando em evidência a urgência em estabelecer ações sociais e de saúde voltadas à esta clientela.

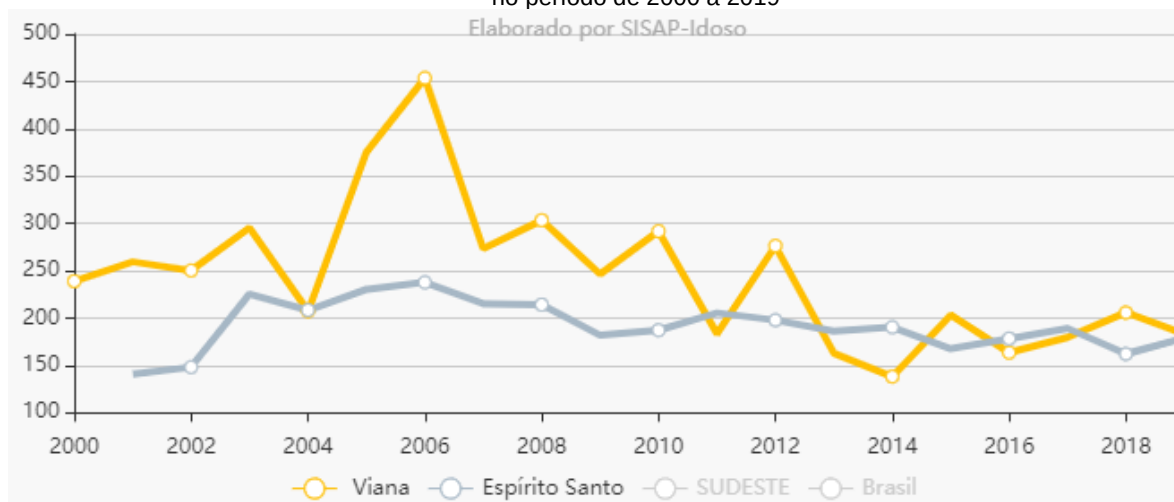
No Brasil, o envelhecimento está ocorrendo de forma acelerada, com aumento significativo da expectativa de vida. Segundo Borges *et al.* (2023), o aumento do envelhecimento, gerado pela mudança na transição demográfica e epidemiológica, proporciona maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis a essa população idosa. Calcula-se que, entre 2015 a 2050, a proporção de idoso com mais de 60 anos dobre (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2019).

Segundo o Plano Estadual de Saúde – 2020/2023, entre os anos de 1990 a 2018 a expectativa de vida do Espírito Santo aumentou em 11 anos, passando de 67,8 para 78,8 anos, aumentando assim, as taxas de prevalência das DCNT, como hipertensão arterial e diabetes mellitus no estado do Espírito Santo (SESA, 2019). Assim, a SESA, com o intuito de reorganizar sua atuação no cuidado a este grupo populacional, implantou o Plano Estadual de Saúde - 2020/2023, com o objetivo de definir a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, estabelecendo diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado com discussão nos temas: Doença Renal Crônica, Sobrepeso e Obesidade, Hipertensão e Diabetes, Morbidade Hospitalar entre outros temas (SESA, 2019).

A seguir apresentam-se os indicadores relacionados às DCNTS, sendo avaliadas as condições de saúde, tais como taxa de mortalidade de idosos por doenças hipertensivas, taxa de mortalidade de idoso por diabetes mellitus, dos anos de 2000 a 2019 do município de Viana-ES. As taxas de mortalidade de idosos por doenças hipertensivas arterial e diabetes mellitus refletem as condições de saúde dessa população idosa e como isto pode acarretar no aumento da demanda por consultas na atenção primária, consultas especializadas, exames e uso de medicamentos, o que acarreta grande impacto no SUS (BERGAMO FRANCISCO *et al.*, 2018).

Ao ser analisada, a Figura 6 apresenta a taxa de mortalidade de idosos por doenças hipertensivas do município de Viana-ES e no Espírito Santo, compreendida entre os anos de 2000 a 2019.

Figura 6 - Taxa de mortalidade de idosos por doenças hipertensão no município de Viana e estado do Espírito Santo no período de 2000 a 2019



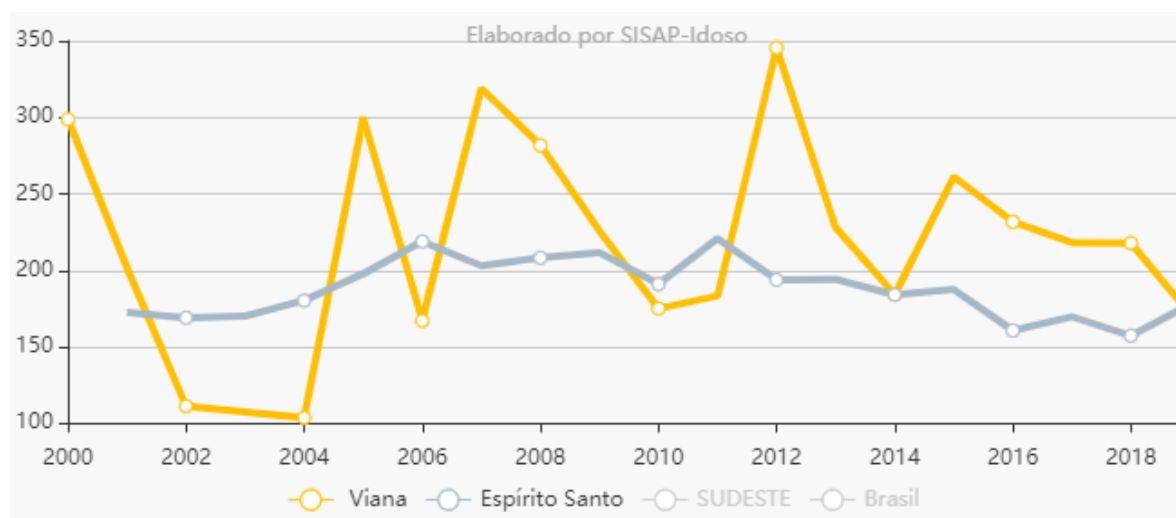
Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

De acordo com a Figura 6, a taxa de mortalidade de idosos por doenças hipertensivas do município de Viana-ES, em 19 anos, apresentou uma grande variação entre os anos de 2005 a 2018 sendo a proporção de 375,09 por 100 mil habitantes em 2005 e 162,12 por 100 mil habitantes em 2018. Já o estado do Espírito Santo apresentou crescimento no ano de 2003, com taxa de 140,98 por 100 mil habitantes, sendo que, no ano de 2015 a 2019 esta proporção ficou estabilizada entre 167,77 a 178,86 por 100 mil habitantes.

Sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica é a DCNT que mais acomete a população idosa, ocasionando a diminuição da qualidade de vida e sendo responsável por doenças cardiovasculares que podem levar à internação (DANTAS *et al.*, 2018). Sendo o principal fator de risco para mortalidade por ocasionar doenças cardiovasculares e, portanto, se tornando o principal desafio para a saúde pública (BERGAMO FRANCISCO *et al.*, 2018). Segundo Bergamo Francisco *et al.* (2018), as DCNT com maior aumento de taxas na população idosa são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, que se encontram entre os cinco principais riscos globais para a mortalidade no mundo.

Observa-se, na Figura 7, a taxa de mortalidade de idosos por Diabetes Mellitus no município de Viana-ES e no estado do Espírito Santo, no período de 2000 a 2019. De acordo com a Figura, o município de Viana-ES apresentou queda no ano de 2002 a 2004, sendo 111,23 por 100 mil habitantes com a taxa de queda de variação, estando compreendida em 103.68, com a maior variação no ano de 2012, que foi de 345,54, o Espírito Santo, em 2001, apresentou média de 172,55 por 100 mil habitantes, e em 2019 uma pequena variação, que foi de 177,80 por 100 mil habitantes.

Figura 7 - A taxa de mortalidade de idosos por Diabetes Mellitus no município de Viana e estado do Espírito Santo no período de 2000 a 2019



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

Segundo Bergamo Francisco *et al.* (2022), a diabetes mellitus pode levar a perda da autonomia do idoso, estabelecendo complicações crônicas que necessitam de cuidados contínuos, podendo ocasionar em internações prolongadas e gerar aumento dos gastos no SUS. Estima-se que, em 2018, os custos com usuários com diabetes mellitus corresponderam a 30% (mais de R\$ 1 bilhão) com medicamentos, procedimentos ambulatoriais e hospitalizações (BERGAMO FRANCISCO *et al.*, 2022). Além disso, o diabetes é fator de risco para o desenvolvimento de cegueira, amputações de membros inferiores e insuficiência renal, o que causa maior carga de usuários que utilizam o

sistema de saúde por DCNT (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

O acolhimento da população com DCNT, bem como o acesso ao sistema de saúde, deve ser realizado por meio da atenção primária, que é responsável por desenvolver ações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento com assistência integral, o que proporciona qualidade de vida e diminui os riscos de internações e agravos à saúde (DANTAS *et al.*, 2018). Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou o plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, que tem como objetivo a implementação de ações para a promoção da saúde, prevenção e atenção integral à saúde para rastreamento e detecção precoce das DCNT, e vincular estes usuários na atenção primária (BRASIL, 2021).

A SESA, no Plano Estadual de Saúde – 2020/2023, estabeleceu que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus tem característica comuns e, portanto, a rede deve proporcionar tratamento em conjunto, com o objetivo de reduzir seu impacto na mortalidade. Assim, a partir dessa necessidade, tem-se como uma das metas capacitar profissionais e investir na atenção primária (SESA, 2019). Logo, a SESA se propõe a qualificar os profissionais de saúde com capacitação e educação permanente em saúde, constituindo transformação na prática de saúde, estabelecendo os princípios do SUS no atendimento integral, com acesso universal e fortalecimento do atendimento das necessidades do território (SESA, 2019). A APS tem como estratégia trabalhar com qualidade no atendimento e de forma resolutiva e, para tanto, se organiza próximo da residência do usuário, aumentando assim, a capacidade de resposta às demandas sociais em saúde, sanitárias e assistenciais (SESA, 2019).

O município de Viana-ES prioriza a efetividade da APS, valorizando o trabalho da equipe multiprofissional na UBS, principalmente na cobertura do território com os ACS realizando as visitas domiciliares, conhecendo a realidade da população, criando vínculo e executando busca ativa dos usuários com DCNT para participar de ações voltadas para

os usuários, como Programa de Hiperdia⁷. Segundo Morosini e Fonseca (2018), a atividade principal dos ACS é a visita domiciliar com acompanhamento das famílias cadastradas no seu território, integrando o usuário na UBS, levando orientação, convidando este para participar de ações coletivas e estabelecendo coordenação do cuidado.

No Brasil, o formato da ESF foi a estratégia que mais auxiliou na concretização dos atributos para saúde do SUS, pois induziu a melhores indicadores de saúde. Isto porque facilitou o acesso assistencial, devido a centralizar suas ações no território, por amparar na prevenção das doenças e na promoção da saúde, o que teve como consequência a diminuição dos gastos em internação hospitalar (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018). Logo, a atenção primária é a proposta de prevenção e promoção de saúde, favorecendo o acompanhamento da população idosa com DCNT, estabelecendo atendimento integral, conduzindo mudanças no estilo de vida, proporcionando qualidade de vida e a garantia de um bem-estar social à população idosa.

⁷ Segundo informações obtidas por intermédio da secretária municipal de saúde Viana, no dia 02-06-2023.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento populacional é uma realidade mundial que é influenciado principalmente por fatores sociais, culturais, biológicos e psicológicos e é caracterizado como um acontecimento que resulta em alteração do padrão fisiológico do indivíduo por causas naturais. O aumento da taxa do crescimento populacional, que leva ao envelhecimento, dá-se pela transição demográfica e epidemiológica, fenômeno que ocorre por declínio na taxa de natalidade e a redução da mortalidade, alterando os padrões da longevidade.

Sendo assim, é um desafio para o setor da saúde, que tem que acolher essa demanda populacional de idosos, que necessitam de acompanhamento para ter um envelhecimento com dignidade e para manter sua autonomia e qualidade de vida. Nesse sentido, o Ministério da Saúde implanta, em 1994, a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI), com a proposta de assegurar os direitos do idoso à autonomia, integração e participação na sociedade. Outro marco legal a essa população foi a consolidação dos direitos dos idosos a partir da criação do Estatuto do Idoso (EI), publicado em 2003 por meio da lei federal nº 10.741, que assegura os direitos da proteção integral e preservação da saúde física e mental das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Nesse processo legislativo ainda temos a implementação, no ano de 2006, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com a finalidade de promover a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Com a proposta de investir na saúde do idoso, o Espírito Santo, através da SESA, em 2008 publica o Programa Municipal de Atenção à Saúde Idosa (Promaspi), que elaborou estratégias a serem seguidas pelos municípios para a implantação do Programa Municipal de Atenção da Pessoa Idosa. Com o objetivo de melhoria ao acesso e a qualidade do atendimento, a SESA instituiu, em 2012, a Política Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e, recentemente, em 2019, foi elaborado o Plano Estadual de Saúde, que reforça a necessidade de ser realizar diagnósticos específicos na população idosa, especialmente quanto a realidade das doenças crônicas não transmissíveis.

Assim, o envelhecimento da população torna o idoso mais suscetível para as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, apresentando fatores de riscos para mortalidade. Com esse desafio, em 2000 foi iniciada a elaboração do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com a proposta de intensificação de ações voltadas à prevenção primária e redução de fatores de risco. Este Plano foi publicado em 2001, dando origem ao Programa HIPERDIA, que tem como objetivo o diagnóstico precoce, a garantia da qualidade de vida e busca evitar a hospitalização.

Para possibilitar o controle das doenças crônicas não transmissíveis, em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde, com a proposta de promover a qualidade de vida. Em seguida, o Ministério da Saúde lança o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis para os períodos de 2011 a 2022. Com a atualização do plano foi publicado o plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, com metas de promoção da saúde.

Sendo assim, a atenção primária, com a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem o objetivo de proporcionar a promoção da saúde à população idosa com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente com hipertensão e diabetes, vinculando este usuário no Programa HIPERDIA, oferecendo assistência, prevenção, acompanhamento e tratamento farmacêutico, contribuindo para a redução de danos à saúde.

A presente pesquisa também teve como proposta verificar a saúde da população idosa quanto à hipertensão e diabetes, utilizando dados da plataforma do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas (SISAP-idoso), com ênfase no município de Viana-ES, avaliando determinantes de saúde e condições de saúde.

Na pesquisa de dados, destaca-se que o índice de envelhecimento populacional e a proporção de idosos de 60 a 74 anos está aumentando gradativamente ao longo dos anos, com isso, podemos observar que o município de Viana-ES possui um

envelhecimento semelhante ao índice de envelhecimento do Espírito Santo. Com o crescimento da população idosa, os agravos de saúde são considerados o principal fator de risco, ocasionando graves sequelas, com maior hospitalização e altos níveis para mortalidade. Podemos observar que os fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, alimentação pouco saudável, estresse e tabagismo afetam a saúde do idoso, deixando o idoso mais vulnerável para as DCNT. O que reforça a necessidade de intervenções e ações eficazes de caráter preventivo e de promoção à saúde, principalmente referente a mudança no estilo de vida.

Verificou-se a diminuição das taxas de mortalidade de idosos por doenças hipertensivas e por diabetes ao comparar os anos de 2000 a 2019, mostrando, assim, resultados satisfatórios com as quedas nos índices de mortalidade por doenças hipertensivas e por Diabetes Mellitus em idoso no município de Viana-ES.

Foram encontradas algumas limitações para a realização a presente pesquisa, dentre elas, cita-se a pandemia da covid-19, portanto, optou-se por utilizar o banco de dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas (SISAP-idoso), mas se verificou a falta de informação de alguns indicadores para o município de Viana-ES, limitando assim, a proposta inicial da pesquisa.

A partir dos dados avaliados, desta presente pesquisa, pode-se concluir que o município de Viana-ES está atingindo a população idosa no setor da saúde. Pode-se verificar que a atenção primária, que desenvolve o Programa HIPERDIA, com objetivo de acompanhamento à população idosa com hipertensão e diabetes, juntamente com o setor secundário, está reduzindo os fatores de risco para a mortalidade desta população.

Desta forma, o presente estudo torna-se oportuno para os gestores municipais elaborarem medidas para melhor atender essa população idosa, que está em crescimento, como emitir relatórios com indicadores de saúde e implantar um plano municipal considerando a realidade do município com objetivo de promoção e preservação da saúde, com metas a serem atingidas por meio do setor da saúde. Sugere-

se ainda que os gestores municipais possam ampliar a gama de atendimento à população idosa, sendo uma dessas a incorporação de profissionais nutricionais e educadores físicos, com o intuito de incentivar essa população na busca por mais atividades saudáveis, o que irá refletir no bem-estar desta clientela.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis; SILVA, Kamilla Santos; BOUSQUAT, Aylene. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 4025-4038, 2022.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.4, p 1199-1207, Ago 2008.

ARAÚJO, José Duarte. Polarização Epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde** v. 21, n. 4, p. 533-38, out-dez 2012, Brasília dez. 2012.

ARAÚJO-JÚNIOR, Fábio Baptista Araújo et al. Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3047-3055, 05 Ago 2019.

ARAÚJO, Sarah Nilkece Mesquita et al. Tecnologias voltadas para o cuidado ao idoso em serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 46, p. 579-95, abril 2017.

ARAUJO, Tânia Aparecida et al. Condições de saúde e mudança de peso de idosos em dez anos do Estudo SABE. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 01-11, 2020.

ASSIS, Audrey Silva de Assis; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 1-17, 2018.

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes; OLIVEIRA, Fabiana Maria Rodrigues Lopes; FERNANDES, Maria das Graças Melo. Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. **Rev. Bras. Enferm**, v.72, n.2, p. 352-60 , Nov 2019.

BARRETO, Mauricio Lima et al. Mudanças dos Padrões de Morbi-Mortalidade: Uma Revisão Crítica das Abordagens Epidemiológicas. **Revista de Saúde Coletiva**, v.3, n 1, p. 127-46, 1993.

BARROS, Nelson Filice; SPADACIO, Cristiane; COSTA, Marcelo Viana. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, P. 163-173, Set. 2018.

BELFORT, Renata; OLIVEIRA, José Egídio Paulo. Mortalidade por diabetes mellitus e outras causas no município do Rio de Janeiro: diferenças por sexo e idade. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 45, n. 5, p. 406-06, Out 2001.

BERGAMO FRANCISCO, Priscila Maria Stolses et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 11, p. 3829-40, Novembro de 2018.

BERGAMO FRANCISCO, Priscila Maria Stolses et al. Prevalência de diabetes em adultos e idosos, uso de medicamentos e fontes de obtenção: uma análise comparativa de 2012 e 2016. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, p. 01-04, 2019.

BERGAMO FRANCISCO, Priscila Maria Stolses et al. Multimorbidade e uso de serviços de saúde em idosos muito idosos no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 24, n. 2, p. 01-14, 2021.

BERGAMO FRANCISCO, Priscila Maria Stolses et al. Diabetes mellitus em idosos, prevalência e incidência: resultados do Estudo Fibra. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 25, n. 5, p. 01-13, 2022.

BORGES, Marina Miranda et al. Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n.1, p.231-242, 2023.

BRAGA, Clarissa Figueredo; MELO, Taynara Poliana Gonçalves; LIMA, José Gildo. Avaliação do perfil farmacoterapêutico de grupo Hiperdia em Unidade de Saúde da Família. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 32, n. 2, p. 144-52, 2020.

BRASIL. **Comissão Nacional da Reforma Sanitária**. DOCUMENTOS III, Rio de Janeiro, maio de 1987. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf. Acesso em: 16 ago. 2022.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção 1, p. 18055- 18059. Brasília, DF, 20 set. 1990. 1990a.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 25694-25695, Brasília, DF, 31 dez. 1990. 1990b.

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, 1994a.

BRASIL. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994b. Disponível:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_avaliacao_implementacao_dez_grandes_centros_urbanos. Acesso em: 23 set. 2022.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: 2000. p.01-40

BRASIL. **Portaria nº 235, de 20 de fevereiro de 2001**. O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições. Diário Oficial da União, Brasília, Distrito Federal, 2001a.

Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, p. 01-104, 2001b

BRASIL. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: p.01-40, 2001c. Disponível: saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01. Acesso em: 23 set. 2022.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica n07**. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM PROTOCOLO. Brasília: p. 01-93, 2001d.

BRASIL. **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**: Notas Técnicas. Departamento de Informação e Informática do SUS - DATASUS. Rio de Janeiro: 2002a.

BRASIL. **Portaria nº371, de 04 de março de 2002**. O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições. Diário Oficial da União, Brasília, Distrito Federal, 2002b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos**. Série C. Projetos e Programas e Relatórios, p. 01-212, Brasília – DF 2003a.

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, 2003b.

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

BRASIL. **Portaria nº687, 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília – 2006b.

BRASIL. **Portaria nº 399, 22 de Fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília – 2006c.

BRASIL. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. **Série Pactos pela Saúde**, v. 8, p. 01-130, Brasília – DF 2006d.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Série Pactos pela Saúde**. v. 4, n. 4, p. 1-80 – Brasília-2006e.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4, n. 4, p. 1-80, 2006f.

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. 2006g.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 16, p.64, Brasília 2006h.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, n. 27, p. 01-158. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Série B. Textos Básicos de Saúde, p. 01-160, Brasília 2011a.

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

BRASIL. **Portaria nº 2.436, De 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: 2018. p. 01-91

BRASIL. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p.01-120, Brasília, DF: 2021.

BRASIL. **Calendário de vacinação** - Versão Abril 2022a. Disponível: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Imuniza%C3%A7%C3%A3o/Quadro%20de%20Vacinas%20para%20TRABALHADOR_Abril_2022. Acesso em: 24 set. 2022.

BRASIL. Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa serão entregues para mais de dois mil municípios, **Gov.br**, 10 de novembro de 2022. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2021/abril/cadernetas-de-saude-da-pessoa-idosa-serao-entregues-para-mais-de-dois-mil-municipios>. Acesso em: 13 jul. 2023.

BRASIL. SUS. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**, 19 de Janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em: 15 jan. 2023.

CAMARANO, Ana Amélia. Vidas idosas importam, mesmo na pandemia. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**, n. 28, p. 509-529. 2021.

CAMPOS, Ana Cristina Viana; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Perfil demográfico do envelhecimento nos municípios do estado do Pará, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 636-43, 2018.

CANEPPELE, Aline Heleni et al. Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Esc Anna Nery**. v. 24, n. 1, p. 01-07, 2020.

CARDOSO, Eliana; DIETRICH, Thais Peres; SOUZA, André Portela. Envelhecimento da população e desigualdade. **Revista de Economia Política**, vol. 41, n. 1, p. 23-43, Jan-Mar 2021.

CARVALHO, Maria Virgínia et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq Bras Cardiol.**, v. 100, n. 2, p.164-174, 2013.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde - Estudo Teórico. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 2, p. 1763-8, dez 2011.

CIRINO, Flaviano da Costa et al. Desafios da adesão ao tratamento terapêutico do programa Hiperdia na Estratégia Saúde da Família: o médico de família como educador. **Research, Society and Development.**, v. 11, n. 3, p. 01-12, 2022.

CORRÊA, Érika Ribeiro Pereira; RIBEIRO, Adriana de Miranda. Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 3, p. 1005-15, Mar 2017.

COSTA, Ana Maria et al. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. ESPECIAL 1, p. 135-141, JAN 2020.

CRUZ, Rubia Rosalinn; BELTRAME, Vilma; DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 22, n. 03, p. 01-06, 2019.

DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira et al. Fatores associados às internações por hipertensão arterial. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1-7, 2018.

DOLL, Silvia Catarina Quick et al. Qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Urgência e Emergência no Brasil: um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 8, p. 01-12, 2022.

FEITOSA, Audes Diógenes Magalhães et al. Tratamento Medicamentoso da Hipertensão: Do Trio de Ouro ao Octeto. **Arq Bras Cardiol.** v. 115, n. 2, p. 270-272, 2020.

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Rev. Adm. Pública**, v. 54, n. 4, p. 01-19, Jul-Aug. 2020.

FIQUEREDO, Eliza Vitória Nascimento et al. Caracterização do envelhecimento populacional no estado de Alagoas: Desdobramentos da vulnerabilidade social. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. 01-07, 2021.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; CECCON, Roger Flores; FIGUEIREDO José Henrique Cunha. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 26, n. 01, p.77-88, Jan 2021.

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.iciet.fiocruz.br/>. Acesso em: 01 abr. 2021.

FIÓRIO, Cleiton Eduardo et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.**,v. 23, n. 05, p. 01-14, Jun 2020.

FONSECA, Álvaro Luís Müller et al. Escore de risco de framingham em pacientes diabéticos da estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 45, n. 3, p. 129-144, 2021.

FREITAS, Fabiana Ferraz Queiroga et al. Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 11, p.4439-50, Nov 2020.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**. v. 35, n. 3, p.01-06, 25 Mar 2019.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORENZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327-1337, 2020.

GUIARRARA, Paloma. Espírito Santo. **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/espírito-santo.htm>. Acesso em: 15 set. 2022.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-8, Abr-Jun 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Projeção da população: (revisão 2013). Rio de Janeiro: IBGE, 2013. p. 74

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Viana (ES)** - Cidades e Estados. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 05 abr. 2022.

JANSEN, Ann Kristine et al.. Padrão alimentar de idosos longevos não frágeis e sua relação com baixo peso, massa, força muscular e teste de velocidade de marcha. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 23, n. 4, p. 01-13, 2020.

JESUS, Isabela Thaís Machado et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. **Texto contexto - enferm.**, v. 27, n. 4, p.01-09, 2018.

JULIÃO, Nayara Abreu; SOUZA, Aline; GUIMARÃES, Rangel de Meireles. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4007-4019, 2021.

KESKE, Henrique; SANTOS, Everton Rodrigo. O envelhecer digno como direito fundamental da vida humana. **Rev Bio y Der.**, v. 45, p. 163-178, 2019.

KESSLER, Marciane et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude, Brasília**, v. 27, n. 2, p. 01-12, 2018.

KOBAYASI, Dieyeni Yuki et al. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. **Avances en Enfermería**, v. 37 n. 2, p. 01-09, Bogotá May /Aug. 2019.

KROTH, Darlan Christiano; GUIMARÃES, Raquel Rangel de Meireles. Pacto pela Saúde: efeito do tempo na eficácia da gestão municipal. **Rev. Adm. Pública**, v. 53, n. 6, p.1138-1160, Nov-Dec 2019.

LIMA-NETA, Marcionília de Araújo; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa. Diagnóstico situacional de idosos com diabetes mellitus em um município do interior do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, , Rio de Janeiro, v. 23, n. 1,p.01-11, jul. 2020.

LOPES, Olívia Cristina Alves et al. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna. Nery**, v. 24, n. 2, p. 01-08, 2020.

LUZ, Tamires Conceição et al. Fatores de risco cardiovascular em uma população rural brasileira. **ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.10, p. 3921-3932, 2020.

MALTA, Deborah Carvalho; NETO, Otaliba Libânio de Moraes; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 01-14, Brasília dez. 2011.

MALTA, Deborah Carvalho, SZWARCOWALD, Célia Landmann. Prevalência de diabetes *mellitus* determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 22, n. 02, p. 01-14, 2019.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n.6, p. 01-12, Jun 2016.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **ReV Saúde Pública**, v. 51, n. 01, p. 01-15, 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 21, n. 1, p. 01-15, 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 22, p. 01-14, 2019.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **REV BRAS EPIDEMIOL**, v. 24, n. 2, p. 01-29, 2021.

MARANHÃO, Solange Torres Di Pace et al. Hiperdia: grandes demandas e desafios para o enfermeiro. **Saúde coletiva**, v. 11, n. 06, p. 01-06, 2021.

MARI, Fernanda Rigoto et al. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 35-44, Jan-Feb 2016 .

MARTINS, Thalyta Cássia de Freitas et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4438-96, 25 Out 2021.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e

movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-8, Jun 2004.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. **Evolução das políticas e do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 213-313. Disponível: finkelman-9788575412848-05. Acesso em: 21 set. 22.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 26, n. 01, p. 137-46, Jan 2021.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 19, n. 03, p. 507-19, May-Jun 2016.

MIRANDA, Livia Carvalho Viana; SOARES, Sônia Maria; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 11, p.3533-43, Nov 2016.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 261-274, setembro 2018.

MUZY, Jéssica et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p.01-18, 2021.

NEVES, Rosália Garcia et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 3, p. 01-08, Brasília set. 2018.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, p. 01-07, 8 maio 2020.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto; SILVA, Angélica Gonçalves. Realidade e desafios para o envelhecimento. **Rev. Bras. Enferm.**,v. 72, n. 2, p.1-2, Nov 2019.

OLIVEIRA, Patrícia Simplício et al. Autocuidado em Diabetes Mellitus: estudo bibliométrico. **Enferm. glob.**, v. 16, n. 45, p. 653-17, Murcia ene. 2017.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves et al. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 23, n. 21, p. 1-14, Fev 2020.

OLIVEIRA, Millane Teles Portela; FARIAS, Mariana Ramalho; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa; BRANDÃO, Israel Rocha. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 32, n.1 p. 1-18, 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Perspectiva Global Reportagens Humanas. ONU News**, 17 de junho de 2019. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/06/1676601>. Acesso em: 17 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 05 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Número de pessoas idosas com necessidades de cuidados prolongados triplicara até 2050. **OPAS**, 1º de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-10-2019-numero-pessoas-idosas-com-necessidade-cuidados-prolongados-triplicara-ate-2050>. Acesso em: 05 maio 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde debate**, v. 43, n. 5, p. 15-12 19, Dez 2019.

PRADO, Nília Maria de Brito Lima; SANTOS, Adriano Maia. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, p. 379-395, set. 2018.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 6, p. 1903-12, Jun 2018.

RABELLO, Lucíola Santos. Como abordamos a promoção da saúde. In: RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 21-38.

RIBEIRO, Ícaro José Santos et al. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 432-09, Apr-Jun 2015.

RIBEIRO, Giulia Magalhães Mendonça Reis et al. O processo de trabalho gerencial do enfermeiro no setor de hiperdia na atenção básica. **Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 93-97, 2020.

RIBEIRO, Aridiane Alves et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Esc. Anna. Nery.**, v. 26, p. 01-10. 2022.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As

Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde Debate**, v. 41, n. 3, p. 155-6, Set. 2017.

RODRIGUES, Natália Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129-39, Ago 2012.

RODRIGUES, Vitória Eduarda Silva et al. Construção e validação de gerontecnologias cuidativo-educacionais: revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 24, n. 4, p. 01-20, 2021.

ROMERO, Dalia Elena et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. ESPAÇO TEMÁTICO: ConVid - pesquisa de comportamentos. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov.- dez. 2005.

SANTOS, Vanei Pimentel et al. Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. **Rev Cuid.**, v. 9, n. 3, p. 01-16, July/Dec. 2018.

SANTOS, Aliny de Lima; SILVA, Elza Monteiro; MARCON, Sonia Silva. Assistência às pessoas com diabetes no hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 1, p. 01-10, 2018.

SARNO, Flavio; BITTENCOURT, Alves Gomes; OLIVEIRA, Simone Augusta. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* de unidades de Atenção Primária à Saúde. **Einstein**, São Paulo, v. 18, p. 01-06, 2020.

SCHERER, Charleni Inês et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 233-246, 2018.

STOPA, Sheila Rizzato et al. Uso de serviços de saúde para controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 22, n. 05, p.01-14, Dez 2019.

SESA. **Lança programa de Atenção ao Idoso para os municípios**. 2008. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/sesa-lanca-programa-de-atencao-ao-idoso-para>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SESA. **Governo do ES institui Política de Atenção à Saúde dos idosos**. 2012. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/governo-do-es-institui-politica-de-atencao-a>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SESA. **Plano Estadual de Saúde – 2020/2023**. 2019. Disponível: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadua>. Acesso em: 11 abr. 2023.

SESA. Secretaria do Estado da saúde do Espírito Santo (SESA). **Painéis de indicadores – SISAP**. Dez, 2020. Disponível: sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia. Acesso em: 27 set. 2022.

SILOCCHI, Cassiane; JUNGES, José Roque. Equipes de Atenção Primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 599-615, maio/ago. 2017.

SILVA, Henrique Salmazo; LIMA, Ângela Maria Machado; GALHARDONI, Ricardo. Envelhecimento bem sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface, Botucatu**, v. 14, n. 35, p. 867-77, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop3510>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SILVA, Ana Zaira et al. Redes sociais dos profissionais da estratégia saúde da família no cuidado ao hipertenso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n4, p. 01-15. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Disponível: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020>. Acesso em: 26 set. 2022

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial** - 2020. Disponível: diretriz-brasileira-de-hipertensao-arterial. Acesso em: 26 set. 2022.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, JAN-MAR 2016.

SOUZA, Elza Maria; SILVA, Daiane Pereira Pires; BARROS, Alexandre Soares. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1355-68 19, Abr 2021.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, Número especial 1, p. 361-378, setembro 2018.

VALE, Paulo Roberto Lima Falcão et al. Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia. **Rev. APS.**, v. 22, n. 2, p. 479 –490, abr./jun. 2019.

VALADARES, Carolina Bezerra; BATISTA, Francisca Miriane de Araújo; MEDEIROS, Lis Cardoso. Promoção da Adesão ao programa HIPERDIA em unidade do programa saúde da família em município do Nordeste brasileiro. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 31, n. 1, p. 19-25, Jun - Ago 2020.

VEGI, Aline Siqueira Fogal et al. Caminhabilidade e envelhecimento saudável: uma proposta de análise para cidades brasileiras de pequeno e médio porte. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 1-15, 13 Mar 2020.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, Renato P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 14, n. 4, p. 779-86, 2011.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 6, p. 1929-36, Jun 2018.

WIKI LOVES MONUMENTS. **Viana** (Espírito Santo). Dezembro 2021. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Viana>. Acesso em: 10 abr. 2022.