



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO
HUMANO**

CAMILA CRISITINI DA SILVA FERREIRA

**PRIORIDADES DA ATENÇÃO AO IDOSO EM CANOAS –RS: ANÁLISE DAS
DEMANDAS POPULARES E PERFIL DE MORBIMORTALIDADE PREMATURA**

Canoas, 2020

CAMILA CRISTINI DA SILVA FERREIRA

**PRIORIDADES DA ATENÇÃO AO IDOSO EM CANOAS –RS: ANÁLISE DAS
DEMANDAS POPULARES E PERFIL DE MORBIMORTALIDADE PREMATURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano

Orientação: Prof^a Dra. Lidiane Filippin

Coorientador: Diego Rodrigues Falci

Canoas, 2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F383p Ferreira, Camila Cristini da Silva.

Prioridades da atenção ao idoso em Canoas (RS) [manuscrito] : análise das demandas populares e perfil de morbimortalidade prematura / Camila Cristini da Silva Ferreira – 2020.

68 f.; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) – Universidade La Salle, Canoas, 2020.

“Orientação: Prof^a. Dra. Lidiane Filippin”.

1. Idosos. 2. Multimorbidade - Idosos. 3. Mortalidade prematura - Idosos. 4. Doenças Crônicas não Transmissíveis. 5. Canoas (RS). I. Filippin, Lidiane. II. Título.

CDU: 616-053.9

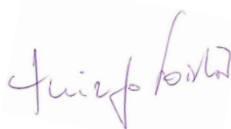
Bibliotecário responsável: Melissa Rodrigues Martins - CRB 10/1380

CAMILA CRISTINI DA SILVA FERREIRA


Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle.



Prof.^a Dr.^a Amena Alcântara Ferraz Cury
UNILAGO



Prof. Dr. Thiago Costa Lisboa
Universidade La Salle



Prof. Dr. Márcio Manozzo Boniatti
Universidade La Salle



Prof. Dr. Diego Rodrigues Falci
Coorientador - UFRGS



Prof.^a Dr.^a Lidiane Isabel Filippin
Orientadora e Presidente da Banca - Universidade La Salle

Área de concentração: Saúde e Desenvolvimento Humano

Curso: Mestrado Profissional em Saúde e Desenvolvimento Humano

Canoas, 31 de agosto de 2020.

**“ A vida é boa. Vida longa é o que eu desejo
para você e para mim” (Rubem Alves)**

AGRADECIMENTOS

O resultado desta pesquisa é muito mais que um trabalho técnico em busca de alternativas para melhora da qualidade de vida de idosos. É o alcance de uma meta a tanto esperada. Retornei para a Universidade pensando que já tinha feito e sabia muito, ledô engano. Nessa trajetória, cheguei à conclusão de que nunca estarei formada, que a busca pelo conhecimento acontece todos os dias.

Certamente, minha prática profissional ganhou novas palavras e ações. Por isso, agradeço aos professores, em especial minha orientadora que me fez mergulhar na área da saúde. O curso tem duas áreas atreladas, confesso que cheguei atraída pelo desenvolvimento humano, na perspectiva social e nesse sentido descobri que a saúde está atrelada a comunidade.

Escrever sobre a mortalidade de idosos começou em um momento que elas aconteciam por fatores conhecidos. Porém, hoje ela acontece em um número expressivo por uma doença que os pesquisadores ainda estão procurando manejo, tratamento e prevenção. E as pessoas que tem mais de sessenta anos, são acometidas pelo Covid-19 com maior intensidade. Creio que para o futuro o produto deste trabalho possa auxiliar na dimensão de pessoas que morriam antes da pandemia.

Este é um trabalho sobre morte, mas tem muita vida em seu conteúdo. Vida da pesquisadora que agradece a vida da mãe pelo auxílio logístico e suporte com a pequena Helena durante as aulas presenciais. Vida do amor, meu esposo, que mesmo contrariado no início toma para a si a importância da formação acadêmica, espero que ele seja o próximo nesta jornada. Gratidão a vida e o apoio das mulheres, principalmente de minhas colegas de trabalho, destacando a Vice-Prefeita Gisele Uequed, ligada nas políticas ambientais e de juventude, porém ótima gestora que compreende a inter-relação dessas com o envelhecimento populacional.

Por último, gratidão a vida da Helena, minha filha, que sempre diz que a mamãe sabe tudo, que está sempre estudando. Querida, mestre para você, para te inspirar a ser uma mulher forte e independente.

RESUMO

Introdução: o aumento da população de idosos e a necessidade de conhecer mais sobre a mortalidade que acontece antes do esperado, este estudo apresenta uma compilação de dados da saúde, da assistência social e da participação popular dos idosos em forma de diagnóstico abordando em seu desenvolvimento as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o envelhecimento ativo, bem como as políticas públicas de envelhecimento. *Objetivos:* descobrir as principais causas da mortalidade prematura de idosos; comparar as taxas de mortalidade de idosos por microrregiões da cidade; propor estratégias de enfrentamento a mortalidade prematura dos idosos. *Metodologia:* estudo ecológico dividido em duas etapas, sendo uma composta pela participação popular e a outra de análise dos dados provenientes de sistemas de controle das áreas da saúde e assistência social e caracterização da população. *Resultados:* A participação popular manifestou mais necessidades nas áreas da atenção primária em saúde e proteção social da assistência social, sendo que ambas tem compatibilidade com as Doenças Crônicas não Transmissíveis. As principais causas de mortalidade prematura em ordem de prevalência são as neoplasias malignas(C00-C97), doenças cardiovasculares (I00-I99), doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J30-J98) e diabete (E10-E14). A região nordeste apresentou a maior incidência de mortalidade, as unidades de saúde dessa região também foram as que mais atenderam idosos na faixa etária estudada (60 até 69 anos de idade). *Conclusão:* há necessidade de implementação de uma política pública de envelhecimento ativo e longevidade, essa deve considerar um monitoramento e estratégias de enfrentamento da mortalidade prematura de idosos.

Palavras-chave: Multimorbidade de idosos, mortalidade prematura de idosos, Doenças Crônicas não Transmissíveis.

ABSTRACT

Introduction: the increase in the elderly population and the need to know more about mortality that happens earlier than expected, this study presents a compilation of data on health, social assistance and popular participation of the elderly in the form of a diagnosis addressing their development Chronic Non-Communicable Diseases, active aging, as well as public aging policies. Objectives: to discover the main causes of premature mortality among the elderly; compare the mortality rates of elderly people by city micro-regions; propose strategies to face premature mortality among the elderly. Methodology: ecological study divided into two stages, one consisting of popular participation and the other of data analysis from control systems in the areas of health and social assistance and characterization of the population. Results: Popular participation manifested more needs in the areas of primary health care and social protection of social assistance, both of which are compatible with Chronic Noncommunicable Diseases. The main causes of premature mortality in order of prevalence are malignant neoplasms (C00-C97), cardiovascular diseases (I00-I99), chronic diseases of the lower airways (J30-J98) and diabetes (E10-E14). The northeastern region had the highest incidence of mortality, the health units in this region were also the ones that most attended elderly people in the studied age group (60 to 69 years old). Conclusion: there is a need to implement a public policy of active aging and longevity, which should consider monitoring and coping strategies for premature mortality in the elderly.

Keywords: Multimorbidity elderly; Chronic Disease elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organograma de serviços públicos para idosos - - - - -	23
Quadro1: Diretrizes aprovadas na Conferência Municipal dos Direitos das Pessoas Idosas/2018 - - - - -	47
Tabela 1: Perfil demográfico e social dos idosos com ênfase na faixa etária 60/69 anos residentes em Canoas – RS - - - - -	49
Tabela 2: Relação de atendimentos moradores de Canoas com idade entre 60 e 69, por unidade de referência, ano e sexo. Usuários não bloqueados, não excluídos, não óbitos - - - - -	50
Tabela 3: Descrição da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis de idosos entre 60 e 69 anos por quadrantes da cidade de Canoas – RS. Brasil- --	52
Tabela 4: Número de óbitos totais por quadrante, por doenças crônicas não-transmissíveis e taxa de mortalidade nos anos de 2016 e 2018 - - - - -	54
Figura 1 (artigo) – Mapa dos quadrantes de Canoas - - - - -	55

LISTA DE ABREVIATURAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada;

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial;

CECAD – Consulta, Seleção e Extração da Informação do Cad'único;

CEI – Conselho Estadual do Idoso;

CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e Caribe;

CID – Classificação Internacional de doenças;

CIDOSO – Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa;

COMDI – Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa;

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social;

CREAS – Centro de Referência Especial em Assistência Social;

DAC – Doenças do Aparelho Circulatório;

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis;

DRC – Doenças Respiratórias Crônicas;

FEE/RS – Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul;

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos;

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal;

IDL – Índice de Desenvolvimento da Longevidade;

ILPI- Instituição de Longa Permanência do Idoso;

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

ONU – Organização das Nações Unidas;

PBF – Programa Bolsa Família;

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de domicílio;

SAGI – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação;

SIGSS – Sistema Integrado De Gestão De Serviços De Saúde;

SIM – Sistema de Informação da Morte;

SIMEC- Sistema Integrado de Controle e Monitoramento

SISAP- Sistema de Indicadores e Acompanhamento de Políticas do Idoso;

SUAS: Sistema Único de Assistência Social;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TER – Tribunal Regional Eleitoral;

UBS – Unidade Básica de Saúde;

VIGITEL – Programa de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças

Crônicas não Transmissíveis;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Envelhecimento Populacional	16
3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Mortes Prematuras	18
3.3 Políticas Públicas e Envelhecimento Ativo	20
4. ARTIGO	25
5. PRODUTO TÉCNICO	55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
7. REFERÊNCIAS	

1. INTRODUÇÃO

Este estudo busca conhecer os indicadores municipais sobre a mortalidade prematura de idosos. Na perspectiva do envelhecimento como um fenômeno complexo e multidisciplinar foram consideradas as áreas da Saúde, Assistência Social e a Participação Popular. Desta forma, buscando dentro de áreas diversas, porém complementares a aproximação da realidade do fenômeno dos óbitos.

Nesta linha, não basta saber somente o porquê de as pessoas estarem vivendo mais, como apontam os indicadores demográficos, mas é necessário investigar porque um grupo de pessoas não alcança a expectativa de vida. Assim, esse estudo visa diagnosticar as causas de óbitos prematuros, as taxas de mortalidade por microrregiões e os demais aspectos que envolvem o final de vida, que acontece antes do esperado pelas projeções de longevidade, que segundo dados da Fundação de Economia e Estatística (FEE/RS - 2018), a expectativa de vida do gaúcho é de 77,7 anos.

A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) estão cada dia mais tecnológicos, porém esses sistemas são relativamente jovens, sendo o SUS criado através da Lei 8080/1990 e o SUAS 12435/2011. Nessas bases, foi possível encontrar e cruzar informações sobre a mortalidade prematura, sendo que as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) destacaram-se entre essas mortes.

O envelhecimento ativo é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005) que visa a longevidade com mais sucesso e propõe conceitos para o direcionamento das estratégias multidisciplinares. Segundo o Centro Internacional de Longevidade do Brasil (2015) a publicação da OMS serve como um marco político e, transcorrida mais de uma década, outros desdobramentos surgem para o envelhecimento considerando a urbanização, a migração, a inovação tecnológica, as mudanças ambientais e as desigualdades.

Cabe ressaltar, que se encontram estudos diversos sobre o manutenção de bons hábitos para a longevidade, como o estudo de (BUSO,

2020) que avaliou idosos octogenários de uma zona rural de Uberlândia/MG encontrando como fatores associados a menor qualidade de vida as morbidades e incapacidades funcionais.

Em contrapartida as causas de mortes de idosos não são mencionados com muita frequência em estudos, em acompanhamento de nove anos das causas de mortalidade de idosos. Há demonstração de uma tendência aos óbitos causados por doenças cardiovasculares (CABRERA et. al, 2007). As ações de promoção de saúde necessitam considerar os fatores relacionados ao envelhecimento saudável e também ao monitoramento e estudo da mortalidade prematura do idoso. Essa que é uma meta da agenda 20/30 da Organização das Nações Unidas (ONU, 2017) que visa reduzir para 2% a mortalidade prematura por DCNT de pessoas entre 30 e 69 anos.

Apesar disso, para o alcance dessas mudanças, políticas públicas mais abrangentes e embasadas precisam ser escritas, implementadas e monitoradas no município. Superando a visão retrospectiva e implementando a prospectiva. Conforme Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL, 2011) os paradigmas tradicionais e emergentes de envelhecimento atualmente são distintos da concepção predominante no passado, a qual era assistencialista, ou seja, de uma velhice carente nos aspectos econômicos, físicos e sociais. Assim, hoje, as ações públicas devem ter um enfoque de uma velhice saudável por meio de um envelhecimento ativo.

Contudo, a velhice não está somente ligada a proximidade da morte, tratando-se do ciclo de vida. É necessário traçar estratégias que evitem um desfecho final precoce. Para tanto, é premissa o conhecimento do perfil da mortalidade dessa população, para encarar o desafio das intervenções por profissionais que atuam em prol da longevidade, visando a garantia de condições de qualidade de vida e saúde aos idosos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Diagnosticar a mortalidade prematura de idosos da cidade de Canoas.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Conhecer os indicadores de serviços públicos municipais da secretaria da Saúde e Assistência Social;
- b) Descobrir as principais causas da mortalidade prematura de idosos;
- c) Comparar as taxas de mortalidade de idosos por microrregiões da cidade;
- d) Propor estratégias de enfrentamento a mortalidade prematura dos idosos;
- e) Dar visibilidade à Participação popular de idoso por meio das diretrizes elaboradas na VI Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento Populacional

As variações etárias que acontecem na pirâmide demográfica, bem como suas projeções, que indicam um aumento da proporção de idosos desenham um novo perfil populacional. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta um crescimento de 18% comparado esse indicador entre os anos de 2012 a 2017. Esse fenômeno global é justificado pela redução das taxas de fertilidade e mortalidade infantil e aumento na expectativa de vida segundo Organização Mundial de Saúde (2015). Assim, pode-se perceber que em todos os dados populacionais demonstrados há adição no número de indivíduos.

Na atualidade, o ranking nacional do Atlas Brasil, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da longevidade de Canoas pontua em 0,86% (IPEA, 2010).

Nas últimas décadas, a população brasileira passou por grandes mudanças. O aumento às condições de vida, de acesso a saúde, bem como a diminuição da natalidade, a taxa de filhos por famílias foi de 6,2 para 1,7 entre 1950 e 2012.(CAMARANO, 2014) Algumas políticas públicas, como o programa de assistência farmacêutica, tem dados que servem para ilustrar os indicadores de aumento da expectativa de vida. No caso do Programa da Farmácia Popular Brasileira, a expansão ao acesso às medicações foi eficaz na redução de mortes e internações por hipertensão e diabetes (ALMEIDA et. al. 2019).

Segundo dados da Fundação de Economia e Estatística (FEE/RS - 2018) a expectativa de vida do gaúcho é de 76,8 anos. Além disso, observaram-se também as causas morte tem mudando, há uma inversão no perfil epidemiológico de predomínio de condições crônicas em detrimento das infectocontagiosas (CARLESSO, GONÇALVES E MORESCHI JUNIOR, 2017). Cabe ressaltar, que tanto esse fator, como as comorbidades impactam em tratamentos de longo prazo, aumentando os custos para a manutenção da saúde. (STEVENS et al, 2018) analisou a prevalência quatro importantes doenças cardíacas no Brasil: hipertensão, insuficiência cardíaca, infarto do

miocárdio e fibrilação atrial. Avaliaram-se ainda as despesas associadas ao tratamento, a perda de produtividade a partir da redução do emprego, os custos do fornecimento de assistência formal e informal e o bem-estar perdido referentes às condições. Este estudo mostrou que, no Brasil, as doenças cardíacas exercem significativo impacto financeiro e no bem-estar, com um custo de R\$ 56,2 bilhões apenas em 2015 para as quatro condições. Dessa forma, com o maior número de idosos vivendo nas cidades, com redes familiares fragilizadas a sociedade e Estado devem planejar, nas próximas décadas, esse maior custo de atendimento, propondo políticas públicas específicas que garantam a qualidade de vida dessa população (MIRANDA, MENDES, SILVA et. al. 2016). Logo, observa-se que cada vez mais, entidades ligadas à economia, investigam dados do emergente envelhecimento, visto que essa proporção populacional modificará a coletividade de forma global, a exemplo disso aparece o índice de desenvolvimento da longevidade (IDL).

O Índice de Desenvolvimento da Longevidade (IDL) foi construído pelo Instituto Mongeral Aegon em parceria com a Fundação Getúlio Vargas. Esse índice especifica os aspectos que interferem na faixa etária dos maiores de sessenta anos. As áreas avaliadas são: bem-estar, finanças, habitação, cuidados de saúde, trabalho e educação, cultura e engajamento e indicadores gerais (desemprego, trânsito, dentre outros). Esse estudo classificou as cidades, das 150 grandes avaliadas, o município de Canoas está em 46º. Ultrapassar as áreas tradicionais do estudo do envelhecimento, em uma análise fatorial, composta por diversas variáveis, possibilita construir um escopo relativamente amplo que parece convergir para as condições de envelhecimento. Por tratar-se de uma pesquisa nacional, as especificidades de cada região não são detalhadas, contudo é um ponto de partida para se encarar a longevidade como uma temática que envolve muitas áreas.

Contudo, cabe considerar que as ações destinadas às pessoas com mais de sessenta anos são amplas e de diversas origens. Mesmo assim, duas áreas na política pública tem maior destaque, a saúde e a assistência social, ou seja, os aspectos biológicos que se relacionam com os determinantes sociais

3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Mortes Prematuras

Um determinante da mortalidade prematura de idosos são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Cerca de 63% dos óbitos no mundo são causados pelas doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (OMS, 2005). Conhecê-las é parte fundamental das estratégias de promoção de saúde, visto que a literatura e a atuação profissional na área da saúde coletiva demonstram que, por serem doenças com característica insidiosa e de evolução lenta, muitas pessoas somente têm o diagnóstico quando as complicações clínicas já se encontram instaladas (GOULART, 2011). Assim, podem acarretar em perda da qualidade de vida, limitações e incapacidades, além de mortes prematuras (MALTA, 2019).

Os números que representam a mortalidade por DCNT, em termos de gestão devem embasar as estratégias dos equipamentos públicos na cidade e nas microrregiões. Conhecer o nível de incidência destas doenças é um gatilho para a tomada de decisões em níveis de administração pública. As DCNT estão relacionadas a fatores de risco modificáveis como, por exemplo, o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada. Esses fatores de risco são prioridades na agenda do SUS no combate às DCNT e as incapacidades trazidas por essas doenças, através da aplicação do Plano de Ações Estratégicas, no Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011), especialmente no que tange as campanhas de prevenção aos fatores de risco.

Na atenção primária em saúde, porta de entrada dos usuários do SUS, o monitoramento de duas DCNT é realizado, por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), criado em 2002. Tal estratégia é executada nas Unidades Básicas de Saúde através de consultas médicas, monitoramento e distribuição de medicamentos. (SILVA et.al,2015) avaliou a percepção dos usuários do sistema e constatou que o conhecimento do diagnóstico foi o marco inicial para a procura do programa, com ênfase para a redução dos custos na aquisição dos medicamentos. Portanto, há mecanismos já implementados pelo SUS que monitoram e oferecem assistência aos usuários diagnosticados com DCNT.

(SOUZA et. al, 2016) analisou o estilo de vida em longevos e a relação entre DCNT e estilo de vida. Os idosos incluídos apresentavam média etária superior a 74 anos e foram avaliados através do questionário *Nahas Individual Lifestyle Profile*. Os autores demonstraram relação entre o cultivo de hábitos saudáveis e longevidade. Além disso, encontrou maior risco de DCNT para os indivíduos fumantes.

Os fatores externos e hábitos podem fortalecer o dano celular, sendo um potencial marcador biológico do envelhecimento, sendo a obesidade e tabagismo estão associados com o comprimento dos telômeros. (PIVETTA E ZORZETTO, 2017).

O consumo do tabaco na terceira idade representa um acelerador do processo de envelhecimento. Em estudo de base populacional, (ZAITUNE, 2012), determinou a prevalência do tabagismo e os fatores de risco associados ao consumo de cigarro por pessoas maiores de sessenta anos. Os resultados apontam para a maior frequência de tabagismo entre os portadores de depressão/ansiedade, doença crônica do pulmão, transtorno mental e acidente vascular encefálico. Para (GOULART et al, 2010) esse hábito relaciona-se com as principais causas de morte pelas doenças cardiovasculares, a doença pulmonar obstrutiva crônica e o câncer de pulmão. Por outro lado, a cessação do tabagismo pode reduzir o risco de câncer de pulmão em aproximadamente 50%, com dez anos de abstinência (BURNS et al., 2003).

O Ministério da Saúde, desde 2006, aplica o Programa Vigilância de Fatores de Risco Para Doenças Crônicas Não Transmissíveis – VIGITEL, que via inquérito telefônico com residências sorteadas monitora as doenças: diabetes, câncer e cardiovasculares, bem como os quatro fatores de risco modificáveis em comum: alimentação não saudável, tabagismo, inatividade física e uso nocivo de bebidas alcoólicas. No relatório emitido com dados retrospectivos que avançam até 2019, observam-se maiores frequências de excesso de peso em 63% para moradores de Porto Alegre. Também cabe acrescentar que a variação temporal dos fatores de risco modificáveis, de maneira geral, o consumo de tabaco apresentou queda, porém a obesidade, excesso de peso, (...) diabetes e consumo abusivo de álcool evoluíram desfavoravelmente (BRASL, 2020).

A prevalência de obesidade, segundo dados do (IBGE, 2010), corresponde a 17,9% na faixa etária de 65 a 74 anos e 15,8% para os com 75 anos ou mais. (COSTA, SHCNEIDER, CESAR, 2016) em estudo de base populacional com idosos da cidade de Pelotas/RS, encontrou uma prevalência de 30% de obesidade entre os idosos. Segundo a (OMS, 2020) a obesidade, em todos os seus níveis, aumenta o risco para DCNT além de estar associado a obesidade com aumento de inflamação em nível sistêmico (BARBÉ-TUANA et. al, 2019).

Cada pessoa envelhece à sua maneira, porém a população idosa hoje é um grupo grande e heterogêneo, assim compreender que “determinados óbitos não deveriam ocorrer, por ser possível sua prevenção e/ou o tratamento do agravo ou condição que o determina”. (MALTA et.al, 2007) é base para toda administração pública que deve primar pela longevidade.

3.3 Políticas Públicas e Envelhecimento Ativo

As políticas públicas são um conjunto de ações regulamentadas por normas, planos e leis sob forma do exercício de poder político, que abrange a distribuição do controle e gestão, reconhecendo assim, estatutariamente, os direitos humanos. Em uma linha cronológica histórica, a legislação que versa sobre o envelhecimento, passou pelo processo evolutivo de compreender o papel do sujeito idoso na comunidade compreendendo suas especificidades. Entende-se que a primeira manifestação que contempla a especificidade de direito na velhice é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948). Assim, para (ALMEIDA, 2005) “*os trinta artigos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, encontra-se o repúdio a toda e qualquer forma de exploração, desigualdade e discriminação, seja de sexo, de idade(...)*”.

O Brasil também foi signatário do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento em 1982. Segundo (RODRIGUES, et al, 2010) um fato relevante para o reconhecimento dos velhos brasileiros foi a Constituição da República Federativa do Brasil (1988). No artigo 230, delibera que a família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas e garantindo a dignidade, bem-estar e direito à vida.

Destacando a importância, pode-se mencionar a Política Nacional do Idoso, lei nº 8842 de 1994, para (ALCÂNTARA *et al*, 2016) a sua aprovação constituiu um avanço sócio jurídico na proteção social da população idosa, preconizando a criação de condições para promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Porém, pouco se conhece se os preceitos da legislação estão sendo efetivados e qual sua pertinência atual frente ao exponencial aumento de pessoas com mais de sessenta anos.

Na progressão legal nacional, o Estatuto do Idoso, lei 10741 de 2003, de todos os direitos garantidos às pessoas idosas é o marco que parece ser mais conhecido pela população. No estudo de (MARTINS *et. al*,2008) foram elencadas com trinta e cinco profissionais, de um hospital geriátrico, as mudanças percebidas por eles pós publicação dessa norma. Foi concluído que grande parte dos profissionais observou mudanças quanto a assistência do idoso institucionalizado, maiores capacitações e especializações das equipes multiprofissionais, bem como em expressão menor um aumento da preocupação da família e reivindicação dos direitos dos idosos.

O Estatuto do Idoso trouxe inovações na questão da violência cometida contra a pessoa idosa e pode ser considerado um micro sistema legal avançado e abrangente, pois criou penas específicas, agravou a pena para outros crimes já existentes no código penal e afastou medidas despenalizadoras (RITT; COSTA, 2006). Observa-se que a especificação das competências e das garantias foram apresentadas de forma mais descritiva, além da tipificação criminal dos delitos cometidos contra as pessoas idosas

Atualmente, existe uma comissão instituída na Câmara Federal dos Deputados, a CIDOSO, que atua como apoio técnico na discussão dos projetos de lei sobre o envelhecimento. Em plataforma virtual é possível acompanhar todas as propostas que tramitam sobre a pauta. A inserção no Estatuto do Idoso, da prioridade dos maiores de oitenta anos, por meio da lei 13466/17, é uma prova da necessidade de discussão e adaptação das legislações frente ao atual perfil demográfico populacional.

As leis subsidiam o trabalho desenvolvido com idosos, o trabalho em rede multiprofissional promove a prevenção, promoção e proteção da pessoa idosa. A exemplo tem-se, a utilização da Caderneta de Saúde do Idoso, essa que monitora diversos aspectos funcionais dos usuários e também atende as

questões sociais, visto que sua aplicabilidade está ligada aos agentes do Programa Estratégia de Saúde da Família. Essa ferramenta de avaliação é um avanço, que sistematiza a verificação dos níveis de doenças ou agravos que impedem o desempenho de forma autônoma ou independente das atividades de vida diária, permitindo assim um planejamento assistencial mais adequado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ao encontro da autonomia do idoso, aparece o envelhecimento ativo. Esse é um movimento nacional, reforçado pela OMS, com adaptações de políticas públicas (GOMES; BRITO, 2011). Nessa perspectiva, a pessoa idosa mantém a participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis. Garantindo assim, mesmo aos considerados frágeis, a participação inclusiva com possibilidade de desenvolvimento de potencialidades que é um fator indispensável para a qualidade de vida.

O estudo multicêntrico de (COSTA; NERI, 2019) investigou fatores associados à atividade física com 2.344 idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência, em seis cidades brasileiras. Em seus resultados, observa-se que a idade avançada e gênero, de forma independente afetaram o perfil de participação dos idosos. Bem como o baixo nível de renda, dificulta a prática de atividades físicas. A conclusão sugeriu a criação de políticas públicas que possibilitem o engajamento de idosos com mais idade fomentando assim o envelhecimento ativo.

Considerando a necessidade de múltiplas ações em prol da longevidade, conforme preconizado pela literatura do envelhecimento ativo, na atualidade a Prefeitura de Canoas conta com serviços em diferentes áreas, conforme se observa na imagem abaixo:

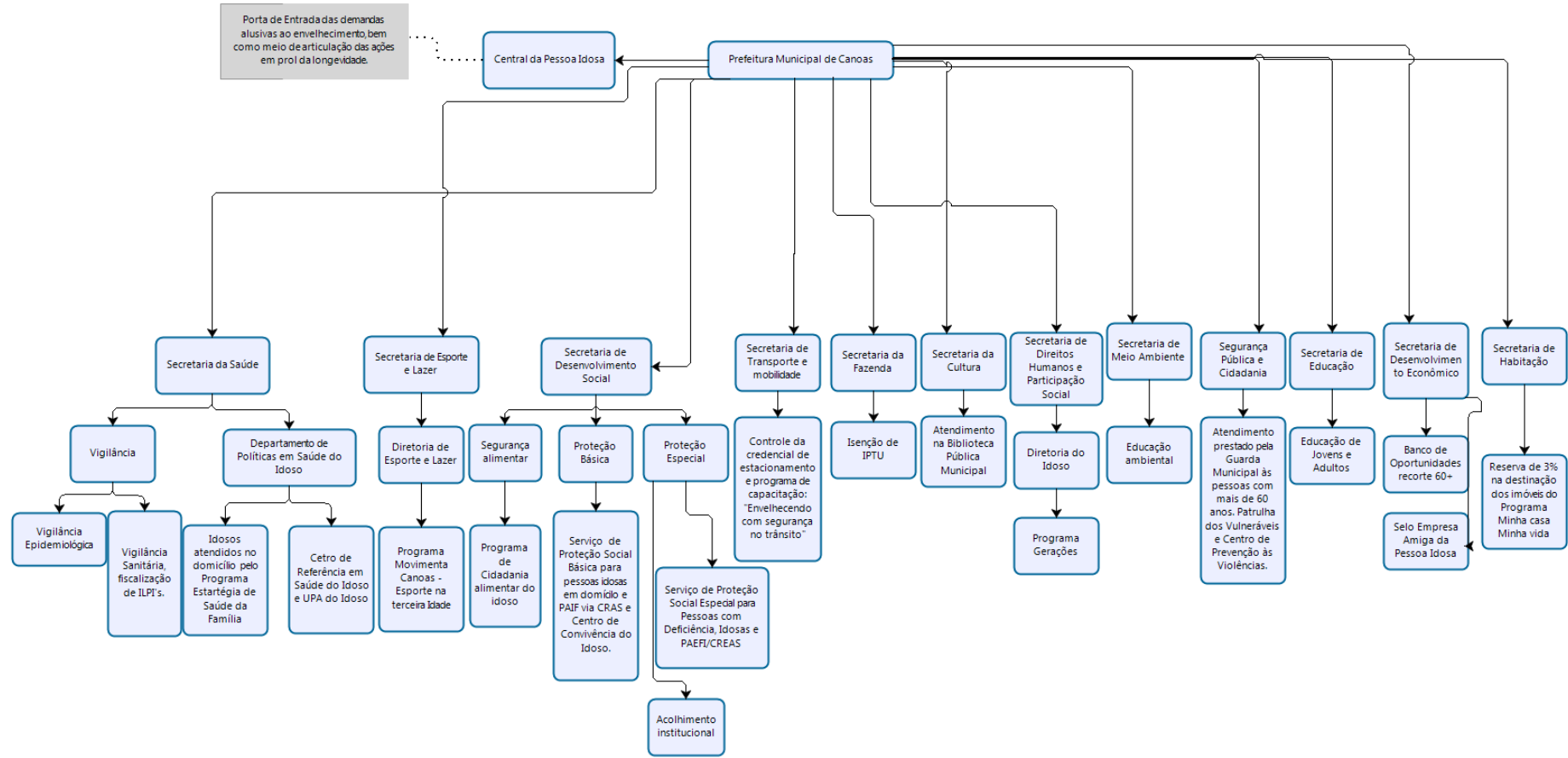


Figura 1: Organograma de serviços públicos para idosos

Na gestão dessas ações os conselhos de direitos tem papel importante de fiscalização, monitoramento e sugestão de novas ações. Na cidade de Canoas, o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (COMDI), existente há vinte anos, foi criado pela lei 4476/2000 e os membros que estão exercendo o mandato foram nomeados pelo decreto 288/2019. Esse conselho prima pela garantia dos direitos de quem já passou dos sessenta anos de idade, constituindo “um espaço propício para o exercício da participação direta e do controle democrático das políticas destinadas ao atendimento da pessoa idosa” conforme a Secretaria Nacional de Direitos Humanos (2013).

Os conselhos e as conferências tem a capacidade de multiplicar agentes com poder de influência na elaboração de políticas públicas (OLIVEIRA *e.a/* 2015), No âmbito municipal, na cidade de Canoas/RS, não existe no momento um diagnóstico da população idosa, além disso, as legislações que versam sobre a pauta estão publicadas conforme foram surgindo pelos poderes executivo e legislativo, ou seja, são normas isoladas, que se relacionam somente pelo viés do atendimento às pessoas com mais de sessenta anos.

Diante do exposto, entende-se a necessidade deste estudo em traçar um panorama teórico, de indicadores e participação da população idosa que pode embasar a legislação sobre o Envelhecimento Ativo do canoense, no que tange às políticas de enfrentamento à mortalidade prematura de idosos, porque “cabe aos gestores dos serviços governamentais — não só de saúde — e à equipe de saúde debater as prioridades de atenção e fomentar uma política em rede” (FERNANDES; SOARES, 2012).

4. ARTIGO

Prioridades da atenção ao idoso em Canoas –RS: análise das demandas populares e perfil de morbimortalidade prematura

Priorities of care for the elderly in Canoas –RS: analysis of popular demands and profile of premature morbidity and mortality

Autores: Camila Cristini da Silva Ferreira¹, Diego Rodrigues Falci², Lidiane Isabel Filippin³

¹camila.ferreira@canoas.rs.gov.br, ORCID: 0000-0002-8368-6137 Prefeitura Municipal de Canoas, Canoas/RS – Brasil;

²dfalci@hcpa.edu.br, ORCID: 0000-0002-8683-3833 Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Porto Alegre/RS – Brasil;

³lidiande.filippin@unilasalle.edu.br, ORCID: 0000-0003-2043-6162, Universidade La Salle, Canoas/RS – Brasil

Indicação do autor para correspondência: Camila Cristini da Silva Ferreira. Rua Concórdia, 455, bairro Niterói, Canoas, RS/Brasil. Cep: 92120140. Email: camila.ferreira@canoas.rs.gov.br

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RESUMO: *Objetivo:* Analisar a mortalidade prematura de idosos da cidade de Canoas/RS nos anos de 2016, 2017 e 2018. *Método:* estudo ecológico dividido em duas etapas de coleta de dados, a primeira foi produto da participação popular dos idosos e, a segunda uma análise das causas de mortalidade prematura. As taxas padronizadas de mortalidade por 100.000 habitantes para as DCNT. *Resultados:* na participação popular a maior quantidade de proposições encontra-se na atenção primária da saúde e proteção básica da assistência social, ambas tem compatibilidade com a prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis, quanto aos indicadores públicos as enfermidades com maior incidência de mortalidade foram por neoplasias malignas (C00-C97), cardiovasculares (I00 – I99), doença crônicas das vias áreas inferiores (J30 – J98) e diabetes (E10 – E14), respectivamente. Foi observada diferenças nos quadrantes, sendo o noroeste o que mais registrou óbitos prematuros de idosos. *Conclusões:* Há diferenças nas taxas e causas de mortalidade prematura entre as diferentes microrregiões da cidade. A implementação de políticas públicas de enfrentamento à mortalidade prematura de idosos deve contemplar a diversidade dos territórios, assim como tentar conciliar com a demanda da participação social.

Palavras chave: Mortalidade prematura de idosos; Mortalidade de idosos por DCNT. Multimorbidade em idosos.

ABSTRACT: Objective: To analyze the premature mortality of elderly people in the city of Canoas / RS in the years 2016, 2017 and 2018. Method: an ecological study divided into two stages of data collection, the first was the product of the popular participation of the elderly and, the second, an analysis of the causes of premature mortality. Standardized mortality rates per 100,000 inhabitants for NCDs. Results: in popular participation, the greatest number of proposals is found in primary health care and basic protection of social assistance, both are compatible with the prevention of Chronic Noncommunicable Diseases, regarding public indicators, the diseases with the highest incidence of mortality were due to malignant neoplasms (C00-C97), cardiovascular (I00 - I99), chronic disease of the lower airways (J30 - J98) and diabetes (E10 - E14), respectively. Differences were observed in the quadrants, the northwest being the one that most registered premature deaths of elderly people. Conclusions: There are differences in the rates and causes of premature mortality between the different micro-regions of the city. The implementation of public policies to combat premature mortality among the elderly must take into account the diversity of the territories, as well as trying to reconcile with the demand for social participation.

Keywords: Multimorbidity elderly; Chronic Disease elderly.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. A proporção de indivíduos com 60 anos ou mais aumentou de 8% em 1950 para 11% em 2010 e deve atingir 21,5% (> 2 bilhões) em 2050, com 80% desses idosos morando em países de média e baixa renda¹. Em 1920 o índice de envelhecimento do Brasil era de 10,6², e hoje na cidade de Canoas, no Rio Grande do Sul, esse indicador é de 79,26³. A rápida mudança demográfica tem relação direta com a redução das taxas de fertilidade e mortalidade infantil⁴. Também tem relação com este fenômeno o acesso a saúde: os idosos que chegaram aos 60 anos, depois do ano 2000, experimentaram a incorporação de tecnologias em saúde, introduzidas após o período da Segunda Guerra Mundial⁵. Além disso, a introdução das vacinas provocou redução da mortalidade causada por doenças infecciosas⁶.

Embora a transição demográfica e a epidemiológica não tenham a mesma definição, há inter-relação entre a variação do índice de envelhecimento e causas de morbidade. Embora tenha ocorrido a já mencionada diminuição das doenças infecciosas e parasitárias, houve um aumento dos processos crônicos e degenerativos⁷.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compreendem as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória. Essas são consideradas um determinante da mortalidade prematura de idosos. Cerca de 63% dos óbitos no mundo são causados pelas DCNT e, no Brasil, elas correspondem a 72% das causas de morte⁸. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde⁹, existe uma forte associação entre as doenças crônicas mais prevalentes e aspectos específicos relacionados ao estilo de vida, como tabagismo, consumo abusivo de álcool, obesidade e alimentação não saudável.

As DCNT apresentam um desenvolvimento insidioso, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo, muitos indivíduos somente têm o diagnóstico quando as complicações clínicas já se encontram instaladas¹⁰. Assim, podem acarretar em perda da

qualidade de vida, limitações e incapacidades, além de mortes prematuras e¹¹. Conhecer o marcador de óbitos por DCNT é parte fundamental das estratégias de vigilância de saúde, pois essas doenças requerem abordagem longitudinal e integral¹².

Destaca-se o movimento evolutivo de compreensão e mobilização política para o enfrentamento das DCNT. O Brasil, em concordância com o movimento internacional, em 2011 lança o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT¹³, dentre as metas tem-se o objetivo de redução da mortalidade prematura por DCNT (30 a 69 anos) em 2% ao ano, bem como a diminuição da prevalência de fatores de risco. Já em 2013, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou o Plano de Ação Global de DCTN¹⁴, pactuando entre os países membros do acordo o compromisso com a redução da probabilidade de óbito por DCNT em 25% entre 2015 e 2025. Os municípios brasileiros aderem ao plano de enfrentamento as DCNT com programas e ações de combate aos fatores de risco. O município de Canoas, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (RS), apresenta alta taxa de envelhecimento e o conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis para as DNCT torna-se fundamental para a gestão pública. Diante disso, esse estudo buscou investigar a as principais causas mortalidade prematura do idoso residente em Canoas/RS

Metodologia

Estudo ecológico, realizando um diagnóstico da situação da terceira idade no município de Canoas baseado nos eixos: participação popular e indicadores de serviços públicos, considerando a divisão territorial dos quadrantes, ou seja, das microrregiões (Figura1). Também, esse estudo foi desenvolvido em duas etapas.

Na primeira etapa, os dados referentes a manifestação popular referente aos anseios dos idosos quantos às necessidades públicas foram coletados por meio do resultado da XI Conferência Municipal dos Direitos dos Idosos de Canoas, de acordo com o chamamento público 26/2018. Conforme orientações votadas no Conselho Nacional do Idoso, periodicamente, são organizadas conferências para avaliar e propor diretrizes que embasam as proposições de políticas públicas, neste ano as orientações foram publicadas através do Diário Oficial da União, por meio da resolução número 42 de 2018.

Assim, com a intenção de organizar os idosos na avaliação, participação e elaboração de diretrizes acerca da garantia de direitos, o Conselho dos Direitos da Pessoa Idosa de Canoas (COMDI) realizou a assembleia que tinha como título “Os desafios de envelhecer no século XXI e o papel das políticas públicas”. Tal ato foi organizado por meio de um regimento interno proveniente do Conselho Estadual do Idoso RS (CEI-RS).

Assim, durante os meses de março, abril, junho e julho de 2018 realizaram-se nos cinco quadrantes da cidade de Canoas (sudeste, nordeste, noroeste, centro e nordeste) as pré-conferências. Essas reuniões tiveram como método a técnica qualitativa de grupos focais. Foram incluídos idosos, familiares e servidores que atuam em prol do envelhecimento. Depois de coletadas por região, a compilação, exclusão e aprovação foram votadas em uma plenária com mais de 200 participantes no dia 15 de agosto de 2018.

Os eixos abordados nessa consulta foram divididos em: Direitos Fundamentais na construção/efetivação de políticas públicas; Educação; Enfrentamento da Violência dos

Direitos da Pessoa Idosa e Os Conselhos de Direitos. Foram usadas nesse estudo somente as proposições que abordaram sobre Saúde e Assistência Social, pois nessas áreas a concentração de serviços públicos destinados aos idosos é prevalente.

Na segunda etapa, foram coletados dados sobre o perfil populacional e informações de saúde dos anos de 2016, 2017 e 2018. Assim, do Sistema Integrado de Gestão de Serviços em Saúde (SIGSS) forneceu elementos alusivos aos dados de acesso a atenção básica e para conhecer as principais causas de morte foi acessado o Sistema de Informação da Morte (SIM).

As DCNT foram classificadas de acordo com a 10^a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID), com os seguintes códigos: doenças cardiovasculares (I00 — I99); doenças respiratórias (J30 — J98); neoplasias (C00 — C97); diabetes mellitus (E10 — E14).

As estimativas da população residente por sexo, faixa etária e região geográfica foram obtidas do Tribunal Regional Eleitoral (TRE), pois o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP- Idoso) e IBGE não possuíam informações populacionais atualizadas desses territórios.

Na área da assistência social, o sistema Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) forneceu informações sobre idosos que possuem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC) forneceu informações sobre os idosos que receberam cestas alimentares. Também através da planilha do Consulta, Seleção, e Extração de Informações do CadÚnico (CECAD) foram obtidos os números de idosos que são beneficiários do Programa Bolsa Família.

Para o cálculo da mortalidade prematura foi considerada a metodologia proposta pela OMS, no entanto, somente para morte prematura de idosos (60-69 anos). Foram apresentados os dados totais de mortalidade e por DCNT calculando a taxa de óbitos totais (Tx mortalidade

= n° óbitos X 1000/população por quadrante), e óbitos por DCNT (Tx mortalidade = n° óbitos DCNT X 1000/população por quadrante). As taxas padronizadas de mortalidade por 100.000 habitantes para as DCNT foram calculadas por território (quadrante) utilizando-se da população com 60-69 anos residente em cada território. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a normalidade das variáveis contínuas. As diferenças para óbitos totais e por DCNT entre os anos de 2016 e 2018 foram calculados por teste T para amostras pareadas. Para avaliar a proporção de idosos atendidos pelo Programa Bolsa Família foi utilizado o teste qui-quadrado de tendência (*Cochran-Armitage test*). Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5% (= 0,05). Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* para Windows (SPSS 21.0, 2013, SPSS Inc., Chicago, IL) e no programa WinPepi versão 11.65.

As bases de dados consultadas não contemplaram informações sigilosas, como nome e endereço, de modo que foi dispensada a aprovação do projeto de estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa. Além disso, estudo foi aprovado pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva NUMESC de Canoas (processo: 22186/2019),

Resultados

Na participação popular coletiva de idosos realizada na Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em 2018, foram apontadas as principais necessidades nas áreas de saúde e assistência social (quadro 1).

O resultado da conferência nessas áreas é fruto de uma discussão coletiva e votação do colegiado dos idosos no que tange às maiores necessidades percebidas por área de atenção. Analisando as proposições classificadas na saúde pelos níveis, encontram-se 4 diretrizes primárias, 6 secundárias e nenhuma terciária. Na assistência social, contabiliza-se na proteção básica 5 diretrizes, 1 na média complexidade e 4 na alta complexidade. Destaca-se que a maioria das diretrizes aponta para os níveis de atenção e proteção básica. Entendendo a participação como importante premissa na tomada de decisões de gestão em longevidade.

Na tabela 1 estão descritas as projeções dos dados demográficos, o número de idosos votantes (dados provenientes do TRE) e benefícios públicos recebidos pelos idosos de 60-69 anos residentes no município de Canoas.

A projeção da população que tem entre 60 e 69 anos de idade representa 58% do percentual total de idosos no município no ano de 2018. O índice de envelhecimento atribuído à Cidade de Canoas é de 61,24%. O gênero feminino representa 56% dos idosos nessa faixa etária. Quanto a divisão populacional nos quadrantes, o território que possui maior número de pessoas entre 60-69 anos é o Nordeste, composto pelos bairros Brigadeira, São José, Igara, Guajuviras, Estância Velha e Olaria.

Quanto aos aspectos da assistência social, há um acréscimo significativo no acesso de idosos ao Programa Bolsa Família (PBF) ($p < 0,001$). Assim, no ano de 2018 o total de beneficiários representava 2,8% da projeção populacional.

O acesso à saúde pode ser observado por diferentes portas de entrada ao sistema de saúde, no entanto, o primeiro contato da população com a saúde deveria ser pela atenção básica. Dessa forma, a tabela 2 descreve o número de unidades básicas de saúde por quadrante, total de atendimento, e a média de atendimentos por quadrante. Cabe salientar que é o número bruto de atendimentos não estratificado por sujeitos, ou seja, todos os atendimentos contabilizados pelo Sistema Integrado de Gestão de Serviços em Saúde - SIGSS.

Dos atendimentos realizados, em todos os quadrantes, o número mais expressivo quanto ao gênero é feminino. Observa-se que o quadrante nordeste é aquele que possui mais idosos na faixa etária 60-69 anos, porém o maior número de atendimentos foi realizado no quadrante noroeste. O quadrante centro possui uma única Unidade Básica de Saúde. Sozinho esse equipamento público atendeu 47% do total realizado no quadrante sudoeste que possui sete unidades básicas de saúde, utilizando os indicadores do ano de 2018. Observa-se que cerca de 45% de todos os atendimentos do ano de 2018 foram para pessoas que não possuem cadastro em unidades de referência.

Na tabela 3 estão demonstrados a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis de idosos com 60-69 anos por quadrante no município de Canoas.

As doenças monitoradas nessa tabela correspondem às de maior incidência na cidade, destaca-se maior mortalidade para as doenças neoplasias malignas e cardiovasculares.

O quadrante centro é o que apresenta menor incidência de todas as mortes DCNT. As neoplasias malignas são as DCNT que mais causam óbitos prematuros 60-69 nos Canoenses. A tabela 4 descreve as taxas de mortalidade total e por DCNT por quadrante.

O quadrante noroeste apresentou aumento na taxa de mortalidade por DCNT no ano de 2018 quando comparado ao ano de 2016 ($p < 0,05$). Nesse mesmo ano, no território em questão, a doença que mais acometeu os idosos foram as doenças neoplásicas e, em segundo

lugar, as doenças cardíacas (tabela 3; $p < 0,05$). Por outro lado, o quadrante sudeste apresentou redução nos óbitos totais e por DCNT no ano de 2018 quando comparado ao ano de 2016 ($p < 0,05$).

Discussão

O principal achado desse estudo foi a mortalidade precoce de idosos por DCNT, o quadrante noroeste apresentou maior acesso a atenção básica em saúde e maior mortalidade. As principais doenças que acometeram os idosos foram as neoplasias malignas (destaque para as neoplasias do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos e digestórios) e cardiovasculares (cardiopatias isquêmicas e doenças cerebrovasculares) ($p < 0,05$).

A mortalidade prematura é classificada pela OMS como a notificação obrigatória no Sistema de Informação da Morte (SIM) na faixa etária de 30 até 69 anos. Considerando a incidência da mortalidade por DCNT no Brasil, em 2011, as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes representavam 63,7% do total das mortes prematuras. Em 2016, o risco de morte em indivíduos de 30 a 69 anos por essas causas passou para 16,6%¹⁵.

No entanto, essa redução demonstrada no Brasil não aponta dados específicos sobre a mortalidade das pessoas que têm entre 60 e 69 anos de idade. Em nosso estudo demonstrou que a mortalidade prematura de idosos por DCNT foi de 63,43% no ano de 2018 no município da região metropolitana do Porto Alegre.

Para manejo e estratégias de prevenção de mortes prematuras em idosos utilizar somente indicadores públicos torna as propostas de recuperação da saúde distante da realidade. Desse modo, o produto da Conferência Municipal de Direitos dos Idosos tem grande relevância, na intenção de considerar a participação popular como parte do processo. Neste estudo, analisando as proposições classificadas na saúde pelos níveis de atenção, encontram-se 4 diretrizes primárias e na assistência social, foram registradas 5 diretrizes na proteção básica. Diante disso, considerando que o nível de atenção primária em saúde oferta

maior acesso e “é o contato primário dos usuários com os sistemas de saúde”¹⁶, justifica assim o maior número de proposições para o serviço que é mais frequentado.

Quando são analisadas as propostas da Conferência Municipal de Direitos dos Idosos e os dados de mortalidade prematura dos residentes maiores de 60 anos do município de Canoas, encontram-se diretrizes que podem ser relacionadas, dentre elas as solicitações de mais médicos, mais consultas com especialistas, Programa Melhor em Casa, maior oferta de mediações na farmácia pública e exames. Em análise da presença do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre o impacto em taxas de internação e observou que a expansão no acesso aos medicamentos resultou em uma redução de 28% para 8% nas internações e óbitos por hipertensão e diabetes¹⁷.

Por outro lado, pelo viés social, foram apresentadas 4 proposições de alta complexidade (Criação de ILPI pública, Criação de Casa de Passagem, Criação de Centro Dia e capacitação dos profissionais que atuam nas ILPI). Diante dessas solicitações, pode-se inferir a apreensão dos idosos com a possibilidade de institucionalização, pois muito já possuem comorbidades e essas apresentam relação direta com o envelhecimento fragilizado. Os fatores associados à institucionalização de idosos afirmam que as DCNT motivam o processo de abrigamento também pelas dependências que podem acompanhar sejam físicas ou mentais¹⁸.

O presente estudo torna-se importante para rastrear as principais necessidades e anseios da população idosa de Canoas visto que o município também apresenta aumento do envelhecimento populacional, acompanhando a tendência global. Nesse sentido, o conhecimento do acesso à atenção básica demonstra a diversidade das microrregiões.

O quadrante centro foi destaque, visto que com um menor número de unidades básicas de saúde (apenas 1) realizou 47% do total realizado de atendimentos no quadrante Sudoeste. Esse fenômeno pode ser explicado pelo índice de envelhecimento da região, no

qual o bairro Centro possui um indicador de 127,45% e o bairro Marechal Rondon, quadrante sudoeste, 101,64%¹⁹.

Além disso, há diferença nas mortes prematuras dos idosos canoenses, a maior incidência nos anos avaliados foi para as doenças neoplásicas ($p < 0,05$). Considerando o aumento da expectativa de vida em países em desenvolvimento e a mudança no perfil das enfermidades, especialmente o aumento da incidência de neoplasias nos idosos²⁰. Estima-se que 26 milhões de novos casos de câncer serão diagnosticados no mundo até 2030, cerca de 50% dos casos acometeram pessoas com mais de sessenta anos de idade²¹. As alterações biológicas que acontecem junto ao envelhecimento podem contribuir para o processo de carcinogênese por distintos meios, entre eles podemos citar o acúmulo de alterações a nível celular ocasionada por agentes prejudiciais²².

Classificando essas neoplasias malignas, o grupo das doenças de traqueia, brônquios e pulmão (C33-C34) representaram cerca de 25% da mortalidade prematura dos idosos canoenses nos anos 2016, 2017 e 2018. No Reino Unido nos anos de 2015-2017 a causa mais comum de morte também foi o câncer de pulmão representando 25% das causas de morte dos homens com idades entre 50 e 74 anos²³. O estudo de Malta²⁴ considera as causas de morte evitáveis no Brasil através de intervenções do SUS, para faixa etária acima dos 75 anos estão elencadas as do grupo das doenças de traqueia, brônquios e pulmão (C33-C34) as quais também apareceram no estudo da cidade de Canoas. Segundo o Instituto Nacional do Câncer²⁵, o tabagismo é uma das principais causas de mortes evitáveis, estima-se que seja responsável por 45% dos óbitos que podem provocar infarto do miocárdio, enfisema, doença cerebrovascular e câncer.

Em um levantamento na cidade de São Paulo sobre os idosos fumantes, destaca a importância das políticas públicas de cessação do consumo de cigarro na população idosa como medida de prevenção às DCNT²⁶. Esse delineamento de pesquisa traz informações

relevantes para traçar estratégias de educação em saúde e, com isso, reduzir o número de mortes por causas evitáveis.

Para as estratégias de promoção de saúde, conhecer as causas de mortalidade que mais afetam os canoenses é parte fundamental de uma política de proteção dos idosos. Nesse sentido, o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, tem como principais ações: atividades físicas, alimentação saudável, tabagismo, álcool, envelhecimento ativo e cuidado integral²⁷.

Os dados sociais do município, apresentam-se neste estudo como limitações, visto que na cidade esse monitoramento mede números absolutos, ou seja, não é possível recorte por quadrante ou faixa etária. Então a conclusão sobre impacto social na mortalidade prematura não pode ser estabelecida. Assim, observa-se nos indicadores sociais do Programa Bolsa Família (PBF) e Benefício de Prestação Continuada (BPC) a tendência de aumento, que possivelmente se deve ao fato do aumento populacional e trabalho técnico social de encaminhamento desses auxílios financeiros.

Diante do exposto, conclui-se que a principal causa de morte precoce dos idosos residentes em Canoas são as doenças neoplásicas, maior incidência para as neoplasias traqueia, brônquios e pulmão e dos órgãos digestivos, especialmente no território noroeste. Esse quadrante apresenta como características uma grande densidade demográfica, edificações, nenhuma área verde de preservação, atividade industrial. Também, é localizado na várzea do Rio dos Sinos e na última década foram realizadas grandes obras para evitar os frequentes alagamentos, dentre elas a canalização de 1,62 km da Rua República, com investimento de 31 milhões e o revestimento de 5 km da vala da Curitiba, com investimento de 52 milhões. Tais informações são baseadas em dados públicos e constituem-se como hipóteses que necessitam de uma investigação mais ampla para encontrar possíveis correlações ambientais e as causas das mortalidades.

Contudo, o diagnóstico da mortalidade se apresenta como ferramenta na gestão de longevidade sendo que indicadores se prestam a medir a produção de programas e serviços bem como estabelecer metas a serem alcançadas para o bem-estar da população. Observou-se no estudo, que as ferramentas do SUS possibilitam acesso a informação de maneira mais eficiente que o SUAS. Assim, faz-se necessário uma qualificação destas informações em nível federal e municipal, bem como a implementação de políticas específicas de enfrentamento à mortalidade prematura de idosos, principalmente no que tange às DCNT. Sugere-se a utilização do monitoramento dos óbitos precoces de idosos como balizador de saúde, tal qual o utilizado no índice de mortalidade infantil.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde 2015*. [Internet] Genebra: World Health Organization; 2015. [acessado em 2 de abril de 2010]. Disponível em: [file:///C:/Users/Camila/Downloads/artigo_referencia_RBE%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Camila/Downloads/artigo_referencia_RBE%20(3).pdf)
2. Miranda, Gabriella Morais Duarte; Mendes, Antonio da Cruz Gouveia; Silva, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet] Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519. [acessado em 16 de junho de 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=en&nrm=iso .
3. 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). [Internet] Rio de Janeiro, 2011. [acessado em 16 de junho]. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>
4. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde 2015*. [Internet] Genebra: World Health Organization; 2015. [acessado em 2 de abril de 2010]. Disponível em: [file:///C:/Users/Camila/Downloads/artigo_referencia_RBE%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Camila/Downloads/artigo_referencia_RBE%20(3).pdf)
5. Lebra, Maria Lúcia. Epidemiologia do envelhecimento. *BIS, Bol. Inst. Saúde* (Impr.). [Internet] São Paulo, n. 47, abr. 2009. [acessado em 8 de agosto de 2020]. Disponível em:

http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122009000200006&lng=pt&nrm=iso

6. Ballalai, Isabella. Vacinação e Longevidade. Revista brasileira geriatria e gerontologia, [Internet] Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 741-742, dez. 2017. [acessado em 8 de agosto de 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232017000600741&lng=pt&nrm=iso
7. Frenk, J.; Frejka, T.; Bobadilha, J.L.; Stern, C.; Lozano, R.; Sepúlveda A, J.M. La transición epidemiológica em América Latina. [Internet] Bol of SanitPanam, 111(6), 1991. [acessado em 8 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16560/v111n6p485.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. OMS. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
9. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: 2013 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [acessado em 4 abril. 2020]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>
10. Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. [Internet] RevMed Minas Gerais 2010; 20(1): 54-6. [acessado em 13 de julho de 2010]. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>
11. Malta, Deborah Carvalho et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. [Internet] Rev.

- bras. epidemiol., São Paulo, v. 22, e190030, 2019. [acessado em 21 de julho de 2020]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2019000100428&lng=en&nrm=iso
- 12.** Malta DC, Stopa SS, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Junior JB, Reis AAC. A Vigilância e o Monitoramento das Principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.[Internet] Revista Brasileira Epidemiologia 2015; 18(Supl. 2): 3-16. [acessado em 21 de julho de 2020]. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415790X2019000100428&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- 13.** BRASIL. Ministério da Saúde. 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 / [Internet] Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. [acessado em 4 de agosto de 2020]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
- 14.** World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. [Internet] Geneva: World Health Organization, 2014. [acessado em 4 de agosto de 2020]. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1

15. World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016 [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [acessado em 4 de agosto de 2020]. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
16. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006;
17. Almeida, Aléssio Tony Cavalcanti de et al. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos.[Internet] Revista Saúde Pública, São Paulo , v. 53, 20, 2019 . [acessado em 2 de julho de 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100217&lng=en&nrm=iso
18. Lini, Ezequiel Vitório; PORTELLA, Marilene Rodrigues; DORING, Marlene. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. Rev. bras. geriatr. gerontol.,[Internet] Rio de Janeiro , v. 19, n. 6, p. 1004-1014, Dec. 2016.[acessado em 30 de maio de 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000601004&lng=en&nrm=iso
19. DIAGNÓSTICO SOCIOTERRITORIAL DO MUNICÍPIO DE CANOAS/RS. Observa Sinos: São Leopoldo, 2015.
20. Thun MJ, DeLancey JO, Center MM, Jemal A, Ward EM. The global burden of cancer: priorities for prevention. *Carcinogenesis*. [Internet] Janeiro de 2010; 31 (1):

- 100-10. doi: 10.1093 / carcin / bgp263. Epub 2009. [acessado em 30 de maio de 2020]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19934210/>
- 21.** Cancer Research UK. Cancer Mortality by age. 2010-2012 [Internet]. London: Cancer Research UK; [acessado em 08 de julho 2020]. Disponível em <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/mortality/age/uk-cancer-mortality-statistics-by-age#cancer>
- 22.** Trintinaglia, Lauren. Bauer, Moisés Evandro. *Imunossenescência e câncer*. in *Imunossenescência: envelhecimento do sistema imune/ Moisés Evandro Bauer org*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2019
- 23.** Cancer Research UK. Cancer Mortality by age. 2010-2012 [Internet]. London: Cancer Research UK; [acessado em 08 de julho 2020]. Disponível em <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/mortality/age/uk-cancer-mortality-statistics-by-age#cancer>
- 24.** Malta, Deborah Carvalho et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. [Internet] *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 16, n. 4, p. 233-244, dez. 2007. [acessado em 18 de junho de 2020]. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt&nrm=iso
- 25.** BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer: modelo lógico e avaliação. [Internet] Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2003. [acessado em 18 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>
- 26.** Zaitune, Maria Paula do Amaral et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). [Internet] *Cad. Saúde Pública*,

Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 583-596, mar. 2012. [acessado em 18 de junho de 2020]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000300018&lng=pt&nrm=iso

- 27.** Malta, Deborah Carvalho; Moraes Neto, Otaliba Libânio de; Silva Junior, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. [Internet] Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011 . [acessado em 2 de junho de 2020]. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=iso

Quadro 1 – Diretrizes aprovadas na Conferência Municipal dos Direitos das Pessoas Idosas/2018	
Eixo Saúde	Eixo Assistência Social
1. Disponibilizar espaço para a educação e promoção de saúde, com vistas a melhoria da qualidade de vida e saúde da população idosa nos grupos de terceira idade e melhorar a divulgação dos programas e projetos voltados a população idosa;	1. Criação de Instituições de Longa Permanência do Idoso (ILPI's) públicas por quadrante no município de Canoas, aumento de vagas conveniadas e melhorar a fiscalização;
2. Ampliar a oferta de exames e consultas especializadas com prioridade para a população idosa e acesso à vacina Pneumocócica;	2. Criação de Casa de Passagem para idosos em situação de vulnerabilidade/violência;
3. Ampliação do serviço de transporte social para consultas em saúde;	3. Criação de um Centro Dia por quadrante com serviço multiprofissional, que funcione todos os dias e inclusive finais de semana;
4. Ampliação de unidades do CAPS e aumento da oferta dos serviços;	4. Ampliação do número de vagas de idosos no programa de repasse de alimentos para idosos (Rancho do Idoso);
5. Maior disponibilização e variedade de medicação pela farmácia do Estado e do município através do aumento do repasse de insumos e reestabelecimento do programa Saúde em Casa (assistência farmacêutica);	5. Disponibilidade de transporte para atividades do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS);
6. Aumento do número de médicos e demais profissionais para atendimento nas UBS, com maior do tempo de consulta e comprometimento médico no atendimento integral ao idoso;	6. Ampliação do número de Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especial em Assistência Social (CREAS) por região, com equipe técnica completa conforme Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

7. Implantação do Programa Melhor em Casa;	7. Capacitação de profissionais de Instituições de Longa Permanência de idosos (ILPI's) sobre os cuidados com idosos, e oferta de oficinas e atividades que proporcionem melhor qualidade de vida;
8. Ampliação do Centro de Referência de Atendimento ao Idoso, um por quadrante;	8. Maior divulgação das atividades e serviços dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especial em Assistência Social (CREAS) nas comunidades e para as famílias para prevenção do abandono dos idosos;
9. Criação de programa, com equipe multiprofissional, de apoio aos cuidadores de idosos;	9. Criação de mais grupos para ampliar a convivência e fortalecimento de vínculos para idosos;
10. Capacitação dos profissionais de saúde para visão integral do idoso em todos os níveis de assistência e oferta de espaços para educação permanente;	10. Disponibilidade de transporte para eventos, programas, projetos e atividades voltadas para a pessoa idosa e maior divulgação dos serviços;

Tabela 1 – Perfil demográfico e social dos idosos com ênfase na faixa etária 60/69 anos residentes em Canoas – RS.

	2016	2017	2018
Projeção total da população de idosos de canoas, dados demográficos	28.601	29.557	30.490
Projeção da população de idosos de canoas, dados demográficos - mulheres	16.052	16.586	17.106
Comparecimento nas eleições 60/69 [†]	24.963	*	27.455
Comparecimento nas eleições 60/69 [†] quadrante Noroeste	6.461	*	7.236
Comparecimento nas eleições 60/69 [†] quadrante Nordeste	6.969	*	7.755
Comparecimento nas eleições 60/69 [†] quadrante Sudeste	4.912	*	5.197
Comparecimento nas eleições 60/69 [†] quadrante Sudoeste	3.164	*	3457
Comparecimento nas eleições 60/69 [†] quadrante Centro	3.457	*	3.810
Idosos beneficiários de BPC Benefício de Prestação Continuada	662	668	1067
Idosos que recebem o Programa Bolsa Família [#]	501	693	856
Idosos que receberam benefício de cesta básica do Programa de Cidadania Alimentar [‡]	12.954	13.342	12.096

* ano não eleitoral

[†] comparecimento no primeiro turno eleitoral

[‡] número absoluto de idosos

[#] Teste qui-quadrado de tendência (*Cochran-Armitage test*); $p < 0,001$.

Tabela 2 - Relação de atendimentos moradores de Canoas com idade entre 60 e 69, por unidade de referência, ano e sexo. Usuários não bloqueados, não excluídos, não óbitos.

Quadrante Noroeste	2016	2017	2018
Total de Unidades de Saúde da Atenção Básica	9		
Total de atendimentos	7591	8051	8488
Total de atendimentos gênero feminino	4231	4469	4726
Média de atendimentos do quadrante	843	894	943
Quadrante Nordeste			
Total de Unidades de Saúde da Atenção Básica	8		
Total de atendimentos	4853	5168	5454
Total de atendimentos gênero feminino	2851	3009	3159
Média de atendimentos do quadrante	606	646	681
Quadrante Sudeste			
Total de Unidades de Saúde da Atenção Básica	4		
Total de atendimentos	4245	4335	4383
Total de atendimentos gênero feminino	2528	2573	2591
Média de atendimentos do quadrante	1061	1083	1095
Quadrante Sudoeste			
Total de Unidades de Saúde da Atenção Básica	7		
Total de atendimentos	3391	4227	4429
Total de atendimentos gênero feminino	2297	2445	2552
Média de atendimentos do quadrante	570	603	632
Quadrante Centro			
Total de Unidades de Saúde da Atenção Básica	1		
Total de atendimentos	1958	2037	2100
Total de atendimentos gênero feminino	1162	1210	1261
Média de atendimentos do quadrante	-	-	-
Total de atendimentos com unidade de referência	22638	23818	24854

Total de atendimentos com unidade de referência feminino	13069	13706	14289
Média de atendimentos de todas as unidades de referência	780	821	857
Atendimentos sem unidade de referência			
Total de atendimentos	10301	10772	11306
Atendimentos sem unidade de referência gênero feminino	5409	5615	5827
Total de atendimentos referenciados + sem referência	32939	34590	36160
Total de atendimentos gênero feminino	18478	19321	20116

Tabela 3 – Descrição da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis de idosos entre 60 e 69 anos por quadrantes da cidade de Canoas – RS. Brasil.

	2016	2017	2018
Quadrante Noroeste			
Neoplasias malignas (C00-C97)	46	59	56*
Doenças cardiovasculares (I00-I99)	41	47	42*
D. Cron. vias aéreas inf. (J30-J98)	13	18	13
Diabete (E10-E14)	7	7	14
Quadrante Nordeste			
Neoplasias malignas (C00-C97)	51*	44	47
Doenças cardiovasculares (I00-I99)	55*	30	40
Diabete (E10-E14)	6	9	14
D. Cron. vias aéreas inf. (J30-J98)	11	10	4
Quadrante Sudeste -			
Neoplasias malignas (C00-C97)	27	31	45*
Doenças cardiovasculares (I00-I99)	39*	25	25
D. Cron. vias aéreas inf. (J30-J98)	8	8	10*
Diabete (E10-E14)	6	3	4
Quadrante Sudoeste -			
Neoplasias malignas (C00-C97)	26*	19	21
Doenças cardiovasculares (I00-I99)	13	19*	15
D. Cron. vias aéreas inf. (J30-J98)	7	8	9
Diabete (E10-E14)	4	2	2
Quadrante Centro			
Neoplasias malignas (C00-C97)	6	18	8
Doenças cardiovasculares (I00-I99)	5	5	1
D. Cron. vias aéreas inf. (J30-J98)	2	3	1
Diabete (E10-E14)	2	2	1

Total de óbitos por DCNT	375	367	372
---------------------------------	-----	-----	-----

* teste T para amostras pareadas. $p < 0.05$

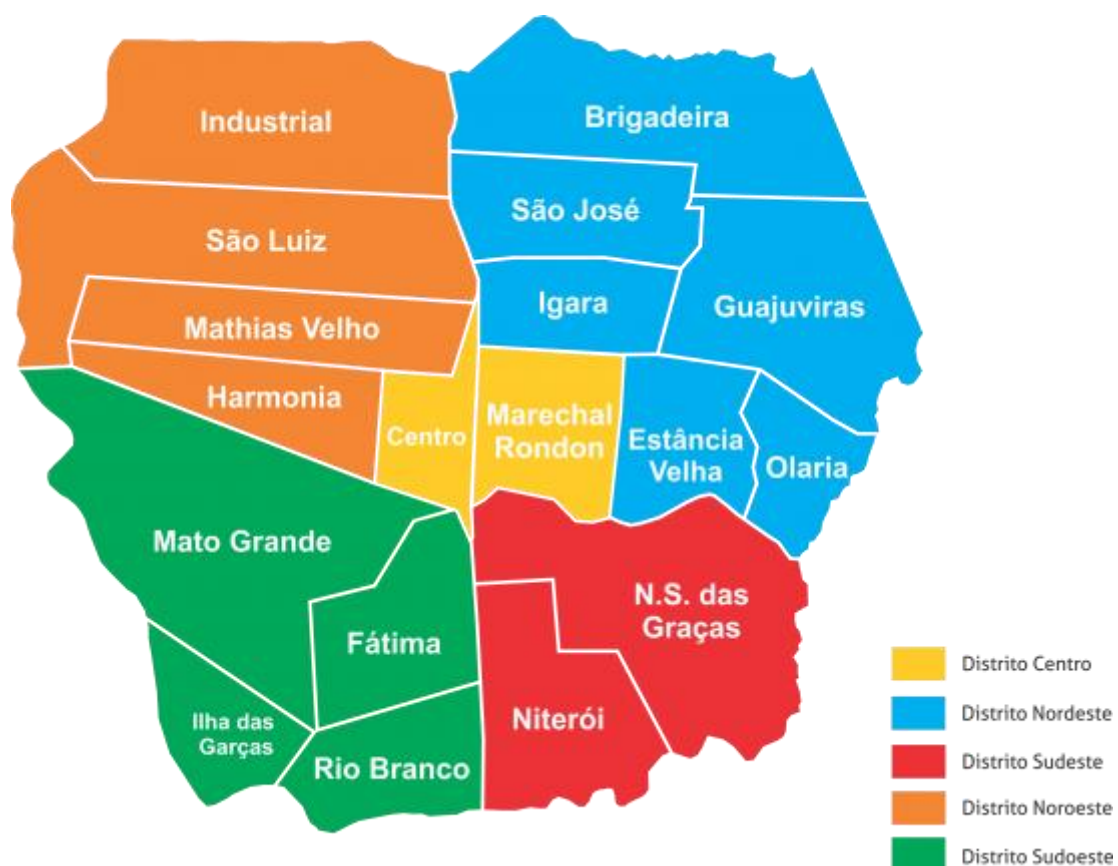
Tabela 4 – Número de óbitos totais por quadrante, por doenças crônicas não-transmissíveis e taxa de mortalidade nos anos de 2016 e 2018.

	Quadrante noroeste	Quadrante nordeste	Quadrante sudeste	Quadrante sudoeste	Quadrante centro
2016					
Óbitos totais	154	151	106	72	24
Óbitos por DCNT	107	123	80	50	15
Taxa mortalidade -óbitos totais*	23,83	21,66	21,57	22,75	6,94
Taxa mortalidade -óbitos DCNT*	16,56	17,64	16,28	15,8	4,33
2018					
Óbitos totais	214	140	110	71	23
Óbitos por DCNT	125	105	84	47	11
Taxa mortalidade -óbitos totais*	29,57	18,05	21,16 [†]	20,53	6,03
Taxa mortalidade -óbitos DCNT*	17,27 [†]	13,53	16,16 [†]	13,59	2,88

* taxa de mortalidade por cada 1000 habitantes.

[†]teste T para amostras pareadas. $p < 0.05$

Figura 1 – Mapa dos quadrantes de Canoas



5. PRODUTO TÉCNICO

Considerando o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Canoas, um espaço para monitoramento e proposições de políticas públicas de envelhecimento, o produto técnico apresentado neste trabalho foi o encaminhamento de uma carta à entidade solicitando a apresentação aos conselheiros dos resultados da pesquisa, bem como a proposição de estratégias para o enfrentamento da mortalidade prematura de idosos.

Carta:

Canoas, agosto de 2020.

Ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa

Diante do estudo realizado intitulado **Prioridades da atenção ao idoso em Canoas –RS: análise das demandas populares e perfil de morbimortalidade prematura**, com base nos indicadores de saúde, assistência social e as diretrizes da V Conferência Municipal da Pessoa Idosa, no que tange a participação popular. Considerando, que o município não possui uma política municipal do idoso. Encaminha-se sugestões de diretrizes embasadas nos resultados da pesquisa para apreciação deste colegiado e posterior processo democrático com a comunidade idosa na formulação do projeto de lei. Aguardo data para apresentação formal do estudo aos conselheiros.

Eixo: Enfrentamento à mortalidade prematura de idosos, na faixa etária de 60 até 69 anos.

Diretrizes:

- Incluir nos indicadores sociais, o recorte etário dos idosos de 60 até 69 anos que recebem algum benefício socioassistencial;
- Calcular anualmente as taxas de mortalidade prematuras de idosos e propor estratégias para a região que apresentar elevação do indicador;
- Intensificar a utilização da caderneta de saúde do idoso;
- Implementar ações de promoção e prevenção de saúde visando a cessação de consumo de cigarro na terceira idade, diante da incidência prevalente de mortalidade relacionada ao consumo de tabaco;
- Criar estratégias que abarque o referenciamento de idosos em suas unidades básicas de saúde, visando o aumento de conhecimento das situações pelo médico de saúde da família;

- Criar um grupo gestor de controle da mortalidade prematura de idosos por DCNT;

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se pode observar no desenvolvimento deste estudo é o impacto das DCNT na mortalidade prematura dos idosos, bem como a participação popular do idoso convergindo para a prevenção dessas doenças através de solicitações de mais médicos, exames e medicamentos.

Também a certeza de que dentro de uma cidade há diversidade na incidência da mortalidade prematura, sendo a região nordeste a que registrou maior acesso a saúde e mais óbitos precoces.

Há necessidade da implementação de uma política pública de envelhecimento ativo, que enfrente o fenômeno dos óbitos com estratégias de promoção, prevenção e proteção.

7. REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. CAMARANO, Ana Amélia. GIACOMIN, Karla Cristina. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.PDF. Acesso em 9 de junho de 2019.

ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti de. *et. al.* **Impactsof a Brazilian pharmaceutical program on the health of chronic patients**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 53, 20, 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102019000100217&lng=en&nrm=iso . Acesso em 8 de junho de 2019.

ALMEIDA, Vera Lúcia V. **Direitos Humanos e Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO **BRASIL**: base de dados. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/1647. Acesso em 28 de julho de 2020

BARBÉ-TUANA. Florencia M. *et. al.* **Imunossenescência na obesidade**. In BAUER. Moises Evandro (org) **IMUNOSENESCÊNCIA** envelhecimento do sistema imune. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2019

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 18 de junho de 2019

BRASIL. Lei 10741/03, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Lei 12435/2011, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.

BRASIL. Lei 13466/17, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Lei 8080/90, 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 10 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019** – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Acesso em 28 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em 18 de junho de 2019.

BURNS, DM (2003). **Doenças relacionadas ao tabaco**. Em Seminários em enfermagem oncológica (Vol. 19, No. 4, pp. 244-249). WB Saunders.

BUSO, Ana Luisa Zanardo et. al. **Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG.** Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, p. 231-240, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2020000200231&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Julho 2020.

CABRERA, Marcos Aparecido Sarria. ANDRADE, Selma Maffei. WAJNGARTEN, Maurício. **Causas de mortalidade em idosos: Estudo de seguimento de nove** Revista Geriatria & Gerontologia. 2007 SBGG. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2007-1.pdf>. Acesso em 4 de abril de 2020.

CAMARA FEDERAL DOS DEPUTADOS – CIDOSO – Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa-cidoso>>. Acesso em 9 de junho de 2019.

CAMARANO, Ana Amélia. **Novo Regime Demográfico uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf>. Acesso em 18 de junho de 2019.

CARLESSO, Guilherme Pereira; GONCALVES, Mariana Helena Barboza; MORESCHI JUNIOR, Dorival. **Avaliação do conhecimento de pacientes diabéticos sobre medidas preventivas do pé diabético em Maringá (PR).** J. vasc. bras., Porto Alegre , v. 16, n. 2, p. 113-118, June 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167754492017000200113&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 8 de junho de 2019.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **ENVELHECIMENTO ATIVO: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade** / Centro Internacional de Longevidade Brasil. 1ª edição – Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol-tico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em 15 de abril de 2020.

COLUSSI, Eliane Lucia; PICHLER, Nadir Antonio; GROCHOT, Lucimara. **Perceptions of the elderly and the irrelatives aboutaging.** Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, e180157, 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232019000100209&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de junho de 2019.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), **Derechos de las personas mayores: retos para lainterdependencia y autonomia.** CEPAL: 2017 Disponível em: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/41471-derechos-personas-mayores-retos-la-interdependencia-autonomia>>. Acesso em 18 de junho de 2019.

COSTA, Caroline dos Santos; SCHNEIDER, Bruna Celestino; CESAR, Juraci Almeida. **Obesidade geral e abdominal em idosos do Sul do Brasil: resultados do estudo COMO VAI?** Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3585-3596, Nov. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016001103585&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Julho 2020.

COSTA, Viviane de Souza Pinho et. al. **Prevalence of risk factors for the occurrence of strokes in the elderly.** Fisioter. mov., Curitiba , v. 27, n. 4, p. 555-563, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010351502014000400555&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 July 2020.

COSTA, Taiguara Bertelli; NERI, Anita Liberalesso. **Fatores associados às atividades física e social em amostra de idosos brasileiros: dados do Estudo FIBRA.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 22, e190022, 2019 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2019000100423&lng=en&nrm=iso. Acesso em 9 de junho de 2019.

DANIEL, Fernanda; ANTUNES, Anna; AMARAL, Inês. **Representações sociais da velhice.** *Aná. Psicológica*, Lisboa , v. 33, n. 3, p. 291-301, set. 2015. Disponível

em:http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087082312015000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 junho de 2019.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. ONU, 1948

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 46, n. 6, p. 1494-1502, Dec. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000600029&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 Julho 2020.

FERREIRA, Marielle Cristina Gonçalves et al. **Social representations of older adults regarding quality of life**. Rev. Bras. Enferm. Brasília , v. 70, n. 4, p. 806-813, Aug. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000400806&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 junho de 2019

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA DO RS (FEE). Disponível em: < <http://carta.fee.tche.br/article/envelhecimento-populacional-e-mortalidade-de-idosos-no-rio-grande-do-sul/>>. Acesso em 18 de junho de 2019.

GOMES, Gisele de Cássia; BRITO, Raquel Rodrigues. **Envelhecimento Ativo**. In PERRACINI, Monica Rodrigues; FLO, Claudia Marina. Funcionalidade e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011

GOULART, Denise et al. **Tabagismo em idosos**. Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 313-320, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18098232010000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19 julho, 2020.

GOULART, Flávio A. Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde**. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>. Acesso em 19 julho, 2020.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA LONGEVIDADE (IDL). Disponível em: <https://idl.institutomongeralaeon.org/sobre-o-idl>. Acesso em 18 de junho de 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, dez. 2007. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742007000400002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 julho 2020.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 22, e190030, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2019000100428&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 de julho 2020.

MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. **Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.42, n.1, p.26-33, Mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 junho de 2019.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. **Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 junho 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em 18 de junho de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) **Obesity and overweight**. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em 28 de julho de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. Disponível em : https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=328-prevencao-doencas-cronicas-um-investimento-vital-8&category_slug=doencas-cronicas-116&Itemid=965. Acesso em 27 de julho de 2020.

PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRA DE DOMICÍLIO (PNAD) 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em 18 de junho de 2019.

PIVETTA, Marcos. Zorzetto, Ricardo. **Os mecanismos do envelhecimento**. São Paulo: Revista Pesquisa FAPESP, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198167232017000100305&lang=pt#B057. Acesso em 27 de julho de 2020.

RIBEIRO, Ingrid Alves et al. **Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 53, e03449, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342019000100434&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 de junho de 2019.

RINALDI, Juciara et al. **Sixteen-year predictors of successful aging from a Southern Brazilian cohort The PALA study**. Dement. neuropsychol., São Paulo, v.12, n.3, p.228-234,S Sept. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198057642018000300228&lng=en&nrm=iso. Acesso em 8 de junho de 2019.

RIO GRANDE DO SUL. **DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA PESSOA IDOSA NO RS 2018**. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190301/27130102-diagnostico-dos-direitos-humanos-da-pessoa-idosa.pdf>. Acesso em 9 de junho de 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Lei 11517/2000. Política Estadual do Idoso. Disponível em <http://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-11517-2000-rio-grande-do-sul-institui-a-politica-estadual-do-idoso>. Acesso em 18 de junho de 2019.

RODRIGUES, Nara Costa. RAUT, Jussara. TERRA, Newton Luiz. **Gerontologia social para leigos**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010

RITT, Caroline Fockink e COSTA, Marli Marlene Moraes da. **O Estatuto Do Idoso E O Combate À Violência: Principais Aspectos Da Parte Penal**. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/system/resources/W1siZiIsIjIwMTMvMDQvMjUvMTZfMjdfNTZfNjQyX09fRXN0YXR1dG9fZG9fSWRvc29fZV9vX2NvbWJhdGVfXHUwM GUwX3Zpb2xcdTAwZWFuY2lhX2NvbRyYV9vX2lkb3NvLnBkZiJdXQ/O%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20o%20combate%20%C3%A0%20viol%C3%AAncia%20contra%20o%20idoso.pdf>. Acesso em 9 de junho de 2019.

SILVA, Juliana Veiga Mottin da et al. **Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.68, n.4, p.626-632, Aug. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000400626&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 Julho 2020.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. **Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento**. Hist. cienc. saude- Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, Mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702008000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 junho 2020.

SILVA, Vanessa de Lima; CESSÉ, Eduarda Ângela Pessoa; ALBUQUERQUE, Maria de Fátima Pessoa Militão de. **Social determinants of death among the elderly: a systematic literature review**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 17, supl. 2, p. 178-193, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2014000600178&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 8 de junho de 2019.

SOUZA, Marilza Amaral Henrique de et al. **Profile of lifestyle of older elderly persons**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 19, n. 5, p. 819-826, Oct. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000500819&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 Julho 2020.

STEVENS, Bryce et al. **Os Custos das Doenças Cardíacas no Brasil**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 111, n. 1, p. 29-36, July 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2018001300029&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 Julho de 2020.

TAMAI, Silvia AffiniBorsoi et al. **Impact of a program to promote health and quality of life of elderly**. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 9, n.1, p.8-13, Mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167945082011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de junho de 2019.