

UNIVERSIDADE CESUMAR (UNICESUMAR)
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

**O PERFIL DOS IDOSOS, PREVALÊNCIA DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS E O SUPORTE SOCIAL NO
MUNICÍPIO DE SINOP-MT: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DO
PERÍODO DE 2010 A 2019.**

MÁRCIA DE LARA SORIANO

MARINGÁ-PR
2021

MÁRCIA DE LARA SORIANO

**O PERFIL DOS IDOSOS, PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO-TRANSMISSÍVEIS E O SUPORTE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE
SINOP-MT: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DO PERÍODO DE 2010 A
2019.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar – UNICESUMAR - como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Promoção da Saúde.

Orientador: Lucas França Garcia

Coorientador: Leonardo Pestillo de Oliveira

**MARINGÁ-PR
2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S714p Soriano, Márcia de Lara.

O perfil dos idosos, prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis e o suporte social no município de Sinop-MT: uma análise comparativa do período de 2010 a 2019 / Márcia de Lara Soriano. – Maringá-PR: UNICESUMAR, 2021.

85 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Lucas França Garcia.

Coorientador: Prof. Dr. Leonardo Pestillo de Oliveira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Cesumar - UNICESUMAR, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Maringá, 2021.

1. Doenças não transmissíveis. 2. Promoção da saúde. 3. Envelhecimento populacional. 4. Políticas de saúde. I. Título.

CDD – 613

Roseni Soares – Bibliotecária – CRB 9/1796
Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO
MÁRCIA DE LARA SORIANO

**O PERFIL DOS IDOSOS, PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO-TRANSMISSÍVEIS E O SUPORTE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE
SINOP-MT: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DO PERÍODO DE 2010 A
2019.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar – UNICESUMAR - como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Lucas França Garcia

Coorientador: Prof. Dr. Leonardo Pestillo de Oliveira

Aprovado em: 16 de março de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Lucas França Garcia, PPG Promoção de Saúde, Unicesumar

Prof. Dr. José Roberto Goldim, UFRGS, HCPA, PUCRS

Prof. Dr. Fernanda Sizhue Nishida, Unicesumar.

Aos meus amados pais Dino e Maria (in memoriam), pelo dom da vida, dedicação e cuidado que me dispensaram durante toda minha existência. Gratidão eterna.
Ao casal Carmine e Lysette Espósito (in memoriam), exemplos de seres humanos íntegros e éticos, cuja presença muito me honrou em minha caminhada de vida, e força necessária para meus filhos como avós extraordinários que foram.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força nesta jornada;

Aos meus filhos, Mário, Guilherme e Maria Fernanda, razões maiores de minha vida;

À minha amiga-irmã Marines Brouwers, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado nesses anos de convivência, sendo fundamental seu auxílio para o término desse trabalho;

Às Amigas Aline Dresch e Marla Ribeiro, que demonstraram ser mais que colegas de classe, mais que alguém para fazer lição junto. Pessoas que fizeram parte de um cotidiano, de cada dia de nossa caminhada que acaba aqui como alunos, por força natural, mas que não acabará como amigas por força de sentimento;

Às colegas de trabalho do Escritório Regional de Saúde de Sinop que, apesar das minhas ausências, sempre me apoiaram e incentivaram quando, por algum motivo, sentia-me desanimada.

Ao orientador professor Lucas França Garcia, por sua especial atenção, mesmo nos momentos de desânimo, pelo incentivo a mim dispensado que muito me auxiliou;

Ao professor coorientador Leonardo Pestillo de Oliveira, meu muito obrigada pelo apoio nessa caminhada;

A todos que, de alguma maneira, ajudaram-me nessa jornada.

Gratidão eterna.

*“Não importa se a estação do ano muda, se
o século vira, se o milênio é outro, se a
idade aumenta, conserve a vontade de viver,
não se chega à parte alguma sem ela.”*

Silvana Duboc

RESUMO

A população idosa brasileira tem aumentado a cada ano, reflexo da maior longevidade das pessoas devido, principalmente, à existência de políticas públicas de saúde que permitem um melhor acompanhamento da saúde da população. Neste contexto, este estudo teve como objetivo analisar a evolução das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e saúde mental da população do município de Sinop-MT, entre 2010 e 2019, a fim de demonstrar como o estado de Mato Grosso tem evoluído neste sentido sob o ponto de vista das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, perfil sociodemográfico e econômico e rede de suporte social a que a população idosa tem acesso. Em termos metodológicos, a pesquisa contemplou dados primários e secundários, sendo os primários obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas com uma amostra de 15 idosos; e os dados secundários obtidos junto à Prefeitura Municipal e outros órgãos da Saúde oficiais. A partir dos resultados alcançados, os dados foram apresentados de forma quantitativa e qualitativa, sendo realizada uma análise descritiva do contexto de saúde do idoso em Sinop. Da população idosa cadastrada no Sistema Único de Saúde em Sinop e, considerando os dados primários das entrevistas, a maioria dos idosos tem entre 60 e 69 anos e pode-se perceber um percentual maior de mulheres. Quanto à escolaridade, a maioria tem até Ensino Fundamental, tendo como renda aposentadoria e pensão. Especificamente sobre as DCNT, hipertensão e diabetes estão entre as prevalentes e no que se refere às doenças mentais, tanto nos dados oficiais quanto com os primários, percebe-se que há baixa frequência e, nos casos positivos, a depressão e ansiedade são as prevalentes, sendo que a pandemia tem sido um fator agravante da ansiedade, o que foi observado na pesquisa de campo. O suporte social é representado, principalmente, por familiares, vizinhos e amigos, sendo que poucos idosos frequentam locais de apoio e atividades comunitárias em seus bairros. Conclui-se, portanto, que o idoso de Sinop-MT apresenta características semelhantes ao contexto nacional e estadual, seja a partir dos dados da Prefeitura ou das entrevistas e que as políticas de saúde ainda estão em processo embrionário no que se refere à sua efetiva aplicação no município.

Palavras-chave: doenças não transmissíveis; promoção da saúde; envelhecimento populacional; políticas de saúde.

ABSTRACT

The Brazilian elderly population has increased every year reflecting the greater longevity of people due mainly to the existence of public health policies that allow better monitoring of the population's health. In this setting, this study aimed to analyze the evolution of Chronic Non-Communicable Diseases and mental health of the population of the city of Sinop-MT, between 2010 and 2019, in order to demonstrate how the state of Mato Grosso has evolved in this sense from the point of view of Chronic Non-Communicable Diseases, sociodemographic and economic profile and social support network to which the elderly population is granted access. In methodological terms, the research included primary and secondary data, the primary ones being obtained from semi-structured interviews with a sample of 15 elderly people; and the secondary ones obtained from the City Hall and other official health agencies. Based on the results achieved, the data were presented in a quantitative and qualitative method and a descriptive analysis of the health context of the elderly in Sinop was carried out. Of the elderly population registered in the Unified Health System in Sinop, and considering the primary data of the interviews, most of the elderly are between 60 and 69 years old and a higher percentage of women can be noticed. As for schooling, most of them studied up to elementary school, having retirement and pension income. Specifically on CNCDs, hypertension and diabetes are among the prevalent ones and with regard to mental illnesses, both in official and primary data, it is noticed that there is low frequency and, in positive cases, depression and anxiety are the prevalent ones, and the pandemic has been an aggravating factor for anxiety, which was observed in the field research. Social support is mainly represented by family members, neighbors and friends with few elderly people attending support centers and community activities in their neighborhoods. It is concluded, therefore, that the elderly in Sinop-MT present characteristics similar to the national and state settings, either from the data of the City Hall or from the interviews, and that health policies are still in an embryonic process with regard to their effective application in the city.

Keywords: chronic non-communicable diseases; health promotion; population-ageing; health policies.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Etapas do tratamento da depressão.	29
Figura 2: Localização dos municípios da pesquisa.	34

FIGURAS DO ARTIGO:

Figura 1a: Localização dos municípios da pesquisa	42
Figura 1a: Estimativa Populacional do município de Sinop-MT	45
Figura 2a: PIB de Sinop entre 2010 e 2017	46
Figura 4a: Perfil dos idosos de Sinop por faixa etária	47
Figura 5a: Nível educacional dos idosos de Sinop	48
Figura 6a: Deficiências dos idosos de Sinop	49
Figura 7a: Idosos com diagnóstico de doenças mentais.	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Proporção de óbitos de idoso por grupo de causas e faixa etária em 2011 - Brasil. (%).....	26
--	----

TABELAS DO ARTIGO:

Tabela 1a: IDHM de Sinop-MT	46
Tabela 2a: Perfil dos idosos de Sinop no que se refere às DCNT	50
Tabela 3a: Idosos que frequentam grupos comunitários	51
Tabela 4a: Características sociodemográficas e de DCNT dos participantes da etapa qualitativa do estudo	52

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Objetivos	16
1.1.1. Objetivo Geral	16
1.1.2. Objetivos específicos	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE (PNPS).....	17
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DO IDOSO.....	20
2.3 DOENÇAS QUE ACOMETEM IDOSOS NO BRASIL.....	24
2.4 DEPRESSÃO	27
2.5 SUPORTE SOCIAL.....	30
3 MÉTODO	33
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	33
3.2 POPULAÇÃO	33
3.3 COLETA DE DADOS	34
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	35
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	36
4 ARTIGO ORIGINAL A SER SUBMETIDO À REVISTA GERIATRICS, GERONTOLOGY AND AGING	37
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE	78
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	78
ANEXOS	82
ANEXO A: APROVAÇÃO DO CEP-UNICESUMAR	82

1. INTRODUÇÃO

A população idosa tem aumentado em todos os países, seja devido à menor fecundidade ou à maior longevidade (SCHRAMM et al., 2004; PALTASINGH; TYAGI, 2012; MIRANDA et al., 2016). Países desenvolvidos têm, como diferencial, o fato de o crescimento dessa população vir acompanhado de maior qualidade de vida e percepção de bem-estar (TSALAPORTA & PAPAPETROU, 2020); diferentemente, em países em desenvolvimento, como o Brasil, esse aumento traz consigo diversas mudanças para as quais o país ainda não está preparado para enfrentar, sejam elas relacionadas aos cuidados com a saúde do idoso, o perfil de doenças, os hábitos de alimentação e a inserção das tecnologias no convívio desta população (BRASIL, 2007; BLOOM & SUDHARSAN, 2018).

Em termos de número de idosos no Brasil, conforme previsões do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2050, existirão mais idosos que crianças, sendo cerca de 66,5 milhões de idosos, segundo esta projeção (IPEA, 2014). Este dado é preocupante, no sentido de que é a população ativa mais jovem que mantém a qualidade de vida do idoso e esta vem reduzindo cada vez mais, indicando que o perfil do idoso deverá ser diferenciado nas próximas décadas, principalmente no que se refere à saúde e proatividade, pois este terá que se sustentar sem grande auxílio (WHO, 2017).

A população brasileira tem, atualmente, 210.951.601 habitantes e os idosos acima de 60 anos representam 9,83% da população (IBGE, 2020). A população do Brasil tem envelhecido e isso se deve a algumas mudanças no perfil cultural, bem como tem relação com a qualidade de vida (SCHRAMM, 2004; ALBERT & NEUMANN, 2018). O índice de mortalidade, que já foi de 29 a cada 1.000 habitantes no ano 2000, em 2018, foi de 12,35; e o índice de fecundidade que, em 2006, era de 2,04 filhos por mulher, em 2018, foi calculado em 1,77 filhos por mulher, ou seja, nascem menos e morrem menos brasileiros a cada ano (IBGE, 2020a). Em 2018, 13,44% da população do Brasil era idosa. Considerando Sinop-MT, em 2019, cerca de 6,44% da população era idosa, sendo que 81,7% estavam na área urbana e 18,3% no meio rural (FIOCRUZ, 2020). Justifica-se a proporção de idosos em Sinop ser apenas metade comparando com o dado nacional, devido ao município ser de fundação recente, criado em 1972.

Já na década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a discutir o envelhecimento ativo, sendo considerado, nas políticas públicas, cuidados com saúde e segurança para melhorar a qualidade de vida com incentivo às atividades físicas, ao lazer, à prevenção da violência familiar e urbana, o acesso a alimentos mais saudáveis e o foco na diminuição do uso de tabaco (GATTI & KALACHE, 2002; BRASIL, 2007).

O IPEA (2014) apontou, ainda, que em 2050, cerca de 60% das pessoas em idade ativa vão ter mais de 45 anos. Com estas alterações, o cenário de doenças também se modifica, sendo cada vez mais presentes as DCNT, além de serem mais presentes as doenças como depressão, estresse e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), devido à vida sexual mais ativa da população idosa (DUARTE, 2012). Cabe destacar, também, que ao longo da idade, a dependência da pessoa para atividades básicas tende a aumentar, sendo cerca de 5% na faixa etária de 60 anos e 50% para indivíduos com 90 anos ou mais (BRASIL, 2007).

Entretanto, apesar de estar na agenda política desde a década de 1990, o envelhecimento ativo vem sendo contextualizado fortemente apenas nos dias atuais, no sentido de se parar de colocar o idoso como alguém passivo e, sim, como alguém que pode ter hábitos diferenciados, focados em promover uma velhice mais saudável e com mais qualidade de vida e bem-estar (AMORIM; PESSOA, 2014). Além disto, é relevante mencionar que o perfil do idoso, hoje em dia, é diferente do passado, sendo constituído por pessoas mais ativas, cuja atividade produtiva tem sido prolongada, apresentando mudanças de hábitos e estilo de vida com maior prática de atividade física e hábitos alimentares mais saudáveis, o que promove a prevenção das doenças e torna o corpo e mente mais ativos e sãos (VALER et al., 2015).

Além de viver mais tempo, a população tem se mostrado preocupada com o estilo de vida, principalmente quanto aos hábitos alimentares e de saúde física e mental. Desta forma, é importante ter um olhar sobre como vem evoluindo o perfil do idoso em municípios cuja qualidade de vida tende a ser elevada, devido às suas atividades econômicas voltadas, principalmente, ao Agronegócio, como é o caso de Sinop-MT, voltando-se a buscar, nos últimos dez anos, informações como tipos de doenças que mais acometem esta população, relacionamento familiar e suporte social a que estão submetidos, número de filhos, estado civil, hábitos alimentares, cuidados com a saúde mental, entre outros aspectos.

Neste sentido, justifica-se o interesse pelo assunto em razão de que há uma tendência ainda maior de mudança no perfil de envelhecimento da população brasileira e mundial e devendo-se considerar que esta população tem sido cada vez mais ativa e por mais tempo, seja por motivações e inquietudes ou por necessidades financeiras.

O município de Sinop-MT foi escolhido neste trabalho devido ao fato de a pesquisadora ser nele residente e atuar na área de políticas públicas de saúde há mais de 30 anos, como servidora pública estadual lotada na Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso, no Escritório Regional de Sinop-MT, tendo seu foco profissional na atenção primária à saúde. Além disso, soma uma vasta experiência na atuação, especificamente, nas políticas públicas de atenção à saúde do idoso.

A partir deste contexto, dentre os fatores que devem ser estudados no que se refere à saúde do idoso, cabe destacar o cuidado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), à saúde mental, especificamente à depressão e sintomas depressivos, bem como a rede de suporte social desta população. Ainda, fatores como gênero, etnia, condições sociais e econômicas e localização geográfica também interferem no perfil de envelhecimento (WHO, 2015). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um problema na saúde no Brasil, na medida em que causam cerca de 72% das mortes e, independente da classe social, atingem principalmente idosos, pessoas de baixa escolaridade e de baixa renda (DUNCAN et al., 2009; MALTA; MERHY, 2010; MALTA et al., 2019). Quanto às regiões brasileiras, o destaque para a prevalência de DCNT está na região Sul com 52,1% da população, depois Sudeste com 46,1%, Centro-Oeste com 43,9%, Nordeste com 42,2% e Norte 37,2%. Entre as DCNT, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (DAC) com prevalência de 31,3%, câncer com 16,3%, diabetes com 5,2% e doença respiratória crônica com 5,8% (MALTA; MORAIS NETO; SILVA, 2011). Ainda pensando em perfil de envelhecimento da população, cabe destacar a relevância dos problemas de saúde mental, principalmente a depressão e os sintomas depressivos, que têm atingido cerca de 9,54% da população idosa do Brasil (FIOCRUZ, 2020). A rede de suporte social é de extrema relevância neste contexto de DCNT e depressão, uma vez que, com tal rede de suporte, o idoso tende a ter melhor qualidade de vida e a superar dificuldades com mais facilidade.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo Geral

- Analisar a evolução das DCNT e saúde mental da população do município de Sinop-MT entre 2010 e 2019, a fim de demonstrar como o estado de Mato Grosso tem evoluído neste sentido sob o ponto de vista das DCNT, perfil sociodemográfico e econômico, bem como analisar, em amostra de 15 idosos, a sua percepção a respeito da rede de suporte social a qual tem acesso.

1.1.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos de Sinop-MT no período de 2010 a 2019;
- Identificar a prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis na população do município de Sinop-MT no período de 2010 a 2019;
- Analisar qualitativamente a percepção de idosos residentes no município de Sinop-MT a respeito da sua rede de suporte social.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE (PNPS)

Até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) era o responsável pelas ações da saúde no país, contando com o auxílio dos estados e municípios, sendo que as ações eram padronizadas, sem contemplar as especificidades de cada região. Nesse período, havia poucos hospitais e o poder público atuava por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), depois chamado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual era responsável pela assistência à saúde dos associados,

o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (BRASIL, 2002, p. 11).

Entretanto, este serviço não assistia os brasileiros que não tinham trabalho formal, sendo este um ponto chave para criação do SUS (BRASIL, 2002). Com o tempo, o INAMPS passou a abranger também os trabalhadores rurais, que já eram assistidos pelo FUNRURAL e, no final da década de 1980, o INAMPS passou a adotar medidas que o levavam a uma cobertura mais universal, não exigindo mais a Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da Rede Pública. A partir deste contexto, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a partir de convênios entre o INAMPS e os governos dos estados (BRASIL, 2002).

Antes de criar o SUS de fato, com o Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, o governo transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. E, somente meses depois, com a promulgação da Lei 8.080/90, instituiu o Sistema Único de Saúde, a ser gerido pelo Ministério da Saúde, sendo este regulamentada pelo Decreto Nº 7.508/2011. O princípio base do SUS é o de garantir o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis para toda população e, desde sua criação, tem passado por diversas adaptações, principalmente no que se refere à descentralização (BRASIL, 2002; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011b).

A saúde é uma das garantias apresentadas na Constituição Federal de 1988, porém, as discussões voltadas a políticas públicas neste cunho demoraram alguns anos para serem colocadas em pauta. Em seu artigo, Malta et al. (2016), ao explicarem a história da Promoção a Saúde, dividem o processo em três fases:

(1) 1998/2004 – Embrião de uma PNPS, sendo o processo inicial da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);

(2) 2005/2013 – Nascimento, crescimento e desenvolvimento da PNPS, ou seja, altera-se o arranjo institucional e são analisadas as ações para melhor estrutura da PNPS;

(3) 2013-2015 – Revisão, ampliação e divulgação da PNPS, a partir dos novos desafios do país.

Foi em 1998 e 1999, portanto, que a promoção da saúde passou a ser pauta do Ministério da Saúde, sendo que, a partir desse período, foram elaborados documentos e projetos com foco na Promoção da Saúde no SUS,

principalmente nas áreas de alimentação saudável, atividade física, violência no trânsito e promoção da saúde nas escolas, cidades/municípios, comunidades saudáveis e desenvolvimento local integrado e sustentável (MALTA et al., 2016, p.1685).

A partir deste período, diversos eventos foram ocorrendo no país, permitindo a criação de parcerias voltadas à promoção da saúde. Em 2002, iniciaram-se as primeiras discussões para criação de um Política Nacional de Promoção à Saúde, a qual se estendeu por vários anos, seja por divergências entre linhas de pensamento da saúde ou por questões políticas. Entre 2003 e 2004, a partir de iniciativa da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, iniciou-se um processo de redação da PNPS, sendo instituições de ensino e pesquisa, gestores estaduais e municipais do sistema de saúde, cuja defesa principal se voltava aos “princípios da Promoção da Saúde no SUS: autonomia, equidade, integralidade, intersetorialidade, cogestão no processo de trabalho e participação social” (MALTA et al., 2016, p.1686).

Considerando, então, o início da segunda fase, a partir de 2005, o processo de criação da PNPS foi passando por diversos comitês e grupos de aprovação ligados ao Ministério da Saúde, sendo que, em 2006, a política foi aprovada (MALTA et al., 2016). Conforme citam Malta e Castro (2009), a política foi feita com foco em formar uma rede de corresponsabilidade na busca por melhor qualidade de vida da população, auxiliando

na mudança do modelo de atenção do SUS e incluindo a promoção à saúde entre as suas ações. O Pacto pela Vida (criado em 2006) incluiu a PNPS e, entre os anos de 2008 e 2011, diversos indicadores passaram a ser observados por esta, tais como sedentarismo e tabagismo, implantação de núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde (MALTA; CASTRO, 2009).

O financiamento dos programas criados dentro da PNPS ocorre via Ministério da Saúde e cabe aqui destacar que, em 2011, houve o lançamento do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT 2011-2022, cujo foco está em ações para enfrentar e detê-las DCNT (MALTA et al., 2016). Além da PNPS, existem outras ocorrências e políticas públicas relevantes no campo da saúde, sendo que, especificamente neste trabalho, considerar-se-á o foco nos idosos, sendo destacada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPSI).

A PNPS, desta maneira, foi instituída em 2006 por meio da Portaria MS/GM nº 687 de 30 de março e, em 2017, o governo, por meio da Portaria nº2/ 28/09/2017, consolidou as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Cabe estacar que o objetivo da PNPS é:

promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2018, p.11).

Os temas prioritários da PNPS são: I. Formação e educação permanentes, voltadas à capacitação; II. Alimentação adequada e saudável, focados em nutrição e segurança alimentar; III. Práticas corporais e atividades físicas, melhorando espaços públicos para atividades; IV. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados, com ações educativas, sociais e legislativas; V. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; VI. Promoção da mobilidade segura, com ações educativas e preventivas para reduzir morbimortalidade no trânsito; VII. Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos, estímulo à convivência solidária e respeito à vida; VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável, buscando interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde (BRASIL, 2018).

Conforme citado na Portaria de 2017, atuar na política de saúde exige a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, tendo um trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, ou seja, deve haver a articulação de diversos atores

e, além disso, na PNPS, há relação direta com diversas outras políticas da saúde, a exemplo, Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pnep-SUS), Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Política Nacional de Atenção às Urgências, e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas (BRASIL, 2018).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DO IDOSO

O processo de envelhecimento da população ocorre graças à expectativa de vida ter aumentado devido à busca pelo envelhecimento saudável e, assim, traz consigo a necessidade de políticas públicas em razão do crescimento das condições crônicas e doenças que afetam a maior idade (MENDES, 2011). No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi aprovada em 2006, por meio da Portaria nº 2.528 (BRASIL, 2007). Antes desta política, é importante destacar outros fatos marcantes para a saúde do país, que direta ou indiretamente, dizem respeito ao idoso, conforme Quadro 1.

Quadro 1: Fatos importantes da Saúde no Brasil

Fato	Criação
Política Nacional do Idoso	Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96
Política Nacional de Saúde do Idoso	Portaria Ministerial nº 1.395 de 1999
Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso	Portaria nº 702/SAS/MS de 2002
Diretrizes do Pacto pela Saúde	Portaria nº 399/GM de 2006
Regulamenta a Lei 8.080/90	Decreto Nº 7.508, De 28 De Junho De 2011.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2007).

Em 1994, o governo criou a Lei nº 8842/94, a qual tratava da Política Nacional do Idoso e da criação do Conselho Nacional do Idoso. A partir desta Lei, consideram-se idosos pessoas acima de 60 anos de idade. O objetivo era o de assegurar autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade. No Artigo 3º da Lei, são apresentados cinco princípios (BRASIL, 2010, p.6):

- I - a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

Foi com o Decreto nº 1948/96 que a Lei, de fato, foi implementada. Considerado ponto marcante e importante, a Política Nacional de Saúde do Idoso tem como finalidade:

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

Ainda na política, são destacadas nove diretrizes, sendo elas:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a, s.p.).

Quanto à criação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, que ocorreu em 2002, estas são compostas por hospitais gerais e por Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso, sendo que o foco foi na criação de uma rede de serviços de saúde, integradas ao SUS, tendo como objetivo a manutenção e recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa e a busca por melhor qualidade de vida do idoso. A rede de atenção básica é o primeiro contato do idoso e, em casos específicos, o idoso é direcionado às redes especializadas, como oncologia, diálise, saúde mental, saúde bucal e outras áreas da saúde (WATANABE et al., 2009).

Em termos históricos, cabe destacar o projeto “*Towards Age-friendly Primary Health Care*”, da Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborado em 2004, o qual tinha como objetivo principal a adaptação dos serviços básicos de saúde para o público idoso (WHO, 2004). O projeto previa atuar na formação e informação aos profissionais da saúde, organização da gestão do serviço da Atenção Básica e adequação de ambiente físico mais acessível ao idoso (BRASIL, 2006a).

Cabe também destacar o Pacto pela Saúde, criado pelo Ministério da Saúde em 2006, sendo formado por três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. A saúde do idoso enquadra-se no eixo defesa da vida (WATANABE et al., 2009). Este pacto foi fortalecido em 2011, com o Decreto N° 7.508, que regulamentou a criação do SUS e fortaleceu as políticas de repasse para saúde.

Pelas diretrizes da PNSPI, a intervenção ao idoso deve considerar doenças, saúde física e mental, além das condições socioeconômicas e a capacidade de autocuidado. No cuidado ao idoso, deve-se fazer uma avaliação coletiva e individual, entendendo que é a condição funcional do idoso que embasa as ações de atenção primária, prevenção, reabilitação ou recuperação (WATANABE et al., 2009). Como forma de acompanhar a saúde do idoso, o governo federal disponibiliza, atualmente, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, uma ferramenta que permite identificar situações de risco potenciais para o idoso, assim como o registro de importantes agravos e medicações de que a pessoa idosa faz uso (WATANABE et al., 2009). Quanto às características do idoso, Souza (2011) menciona que devem ser observadas a fragilidade, a incapacidade e a comorbidade desta população. Quanto à fragilidade, o autor refere-se aos idosos com mais de 80 anos, ou aqueles acima de 60 anos, mas que tenham algumas limitações, tais como instabilidade postural, incontinência urinária, perda de mobilidade, incapacidade cognitiva ou estejam em vulnerabilidade social. A incapacidade está relacionada com fatores como dificuldade de locomoção, incapacidade cognitiva e a comorbidade nos idosos tem como característica doenças específicas que acometem os idosos, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares (SOUZA, 2011). A partir da criação da PNSPI, o foco é promover cada vez mais independência e a autonomia aos idosos, uma vez que, para esta faixa etária ser dependente, é o maior temor. Assim, para que isso ocorra, o cuidado com o idoso deve ser feito não somente pela equipe de saúde, mas também por ele mesmo e sua família (BRASIL, 2007).

Recentemente, no que se refere à Política Nacional do Idoso, a partir do Decreto nº 9.921, o governo revogou o Decreto nº 1948/96 e outros¹, trazendo a temática do idoso para um único instrumento. A partir de então, a Política Nacional da Pessoa Idosa passou a ser responsabilidade do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Este decreto aborda, em seu Artigo 21, a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, cujo foco é incentivar o envelhecimento ativo, saudável, sustentável e cidadão da população (BRASIL, 2019).

O suporte ao idoso acontece pela formação da Rede de Atenção à Saúde do Idoso, cujo início ocorre pelo SUS, sendo desejado que se tenha um suporte acolhedor e receptivo, oferecendo segurança e conforto aos usuários idosos (BRASIL, 2007). No setor da saúde, são diversas as instituições que auxiliam no atendimento da população idosa, sendo elas: unidades de atendimento ambulatorial especializado (exemplo visão e audição); unidades de reabilitação (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros); Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CREASI) (geriatria e/ou gerontologia). É importante destacar também que há territorialização na saúde, feita para que a Atenção Básica/Saúde da Família atenda as pessoas idosas da sua área de abrangência, respeitando a cultura local, a humanização do atendimento e a diversidade de envelhecimento (BRASIL, 2007).

Essas informações mostram o quão relevante são as ações voltadas à educação permanente em saúde dos profissionais que atuam com os idosos, dado que a identificação das patologias deve ser diferenciada neste público, considerando suas características peculiares (BRASIL, 2007). De acordo com Barros, Maia e Pugliuca (2011), a promoção da saúde, prevenção e tratamento das pessoas idosas está diretamente ligada ao desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde, sendo que esta deve ser focada em direcionar o trabalho em equipe multiprofissional, seja para tratamento ou prevenção, com ênfase na questão do envelhecimento ativo. Os autores destacam, ainda, a relevância da articulação entre as equipes profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim, no contexto das políticas públicas da saúde, é também relevante o atendimento dos profissionais da área de saúde, sendo que cada profissional deve ter como alvo a promoção da qualidade

¹ Art. 47. Ficam revogados: I - o Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996 ; II - o Decreto nº 5.934, de 18 de outubro de 2006 ; III - o Decreto nº 6.800, de 18 de março de 2009 ; IV - o Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013 ; e V - o Decreto nº 9.328, de 3 de abril de 2018 .

de vida do idoso, sendo importante preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas; devendo isso ser a meta em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2007).

Nogueira e Baldissera (2018) realizaram um estudo qualitativo com profissionais que atuam na saúde e são integrantes do NASF em um município do Paraná, buscando verificar a questão da educação permanente voltada ao idoso e puderam concluir que as demandas dos profissionais referem-se ao excesso de atividades assistenciais e a uma sobrecarga de trabalho, sendo difícil terem momentos para educação. Além disso, as dificuldades de trabalhar em equipe e a falta de equipamentos também foram relatadas como pontos que dificultam a atenção ao idoso e geram descontentamento dos profissionais. Neste contexto de políticas e organização do setor da saúde, as instituições e os profissionais da saúde devem estar aptos a tratar e auxiliar adequadamente os idosos com as diversas fragilidades, sendo destaque da próxima seção as doenças crônicas que mais acometem esta faixa de idade.

2.3 DOENÇAS QUE ACOMETEM IDOSOS NO BRASIL

Envelhecer é um processo natural que não gera dificuldades, a não ser em casos de doenças, acidentes e problemas psicológicos, os quais precisam de maior atenção e assistência (NASCIMENTO, 2015; BRASIL, 2007). Neste processo biológico, é comum o aparecimento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), tais como doenças cardíacas, diabetes e hipertensão, uma vez que, com a idade, o indivíduo altera sua capacidade de adaptar-se ao meio ambiente, estando mais vulnerável e suscetível a processos patológicos (BRASIL, 2007; NASCIMENTO, 2015).

Gaioli, Furegato e Santos (2012) trazem que as mortes de idosos têm sido reduzidas quando se faz referência a doenças infectocontagiosas e têm aumentado no que diz respeito a doenças crônicas degenerativas, que são frequentes com o envelhecimento. Cabe ressaltar que essas doenças, em geral, tornam-se um problema de saúde ao afetarem a vida do idoso e a atenção da saúde pública nesse sentido demandará mais gastos.

Com o envelhecimento da população, o Brasil vive um momento de transição epidemiológica marcada por três fatores: 1- a substituição de doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis; 2- a carga de morbimortalidade sai dos adolescentes e passa a ser dos idosos e; 3- a transformação de predomínio de mortalidade, para a morbidade

(CHAIMOWICZ, 2013). Na pirâmide populacional do Brasil, é possível notar que a base está diminuindo e a porção superior vem aumentando, ou seja, a população jovem é cada vez menor devido às famílias menores; e a população idosa é crescente, devido à qualidade de vida. As estimativas mostram que, em 2050, deverá haver cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (CHAIMOWICZ, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrem cerca de 36 milhões de mortes anuais por DCNT no mundo, sendo que as taxas são mais elevadas nos países de renda mais baixa. Os motivos para o aumento deste tipo de doença são a vida sedentária, alimentação inadequada, consumo de álcool e tabaco. Todos estão relacionados a comportamentos, os quais geram excesso de peso, aumento da pressão arterial, aumento da glicose no sangue, colesterol e doenças cardíacas (BRASIL, 2011).

As doenças que mais levam a óbito os idosos no país são as cardiovasculares, cerebrovasculares e hipertensivas. Além disso, diabetes, doenças pulmonares devido ao tabagismo e hepatopatia alcóolica também se destacam. Considerando ser homem ou mulher, o perfil das doenças se altera, porém, aquelas relacionadas ao coração prevalecem nos dois gêneros (SCHRAMM et al., 2004; CHAIMOWICZ, 2013).

É perceptível que o número de óbitos é menor, em ambos os sexos, na faixa etária dos 65 aos 69 anos e que o tipo de doenças que mais leva a óbito, difere tanto entre os gêneros, quanto de uma faixa etária para outra na população brasileira. As doenças que mais levam a óbito na faixa entre 65 e 69 anos são as doenças do coração, as cerebrovasculares e a diabetes; já na faixa dos 80 anos ou mais, inclui-se a pneumonia e as doenças crônicas das vias aéreas inferiores. A Tabela 1 mostra o percentual de óbitos de acordo com grupos de causas e para faixa etária no ano de 2011.

Tabela 1: Proporção de óbitos de idoso por grupo de causas e faixa etária em 2011 - Brasil. (%)

Grupos de causas	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos ou mais	Total
Doenças infecciosas e parasitárias	3,78	3,27	3,07	3,32
Neoplasias	24,44	20,01	12,37	17,98
Doenças do aparelho circulatório	35,94	38,5	39,75	38,36
Doenças do aparelho respiratório	10,08	13,96	18,97	15,04
Causas externas	5,06	3,2	3,07	3,63
Demais causas definidas	20,69	21,05	22,77	21,67
Total	100	100	100	100

Fonte: Elaborada pela autora com base em Brasil (2011).

A partir dos dados evidenciados na Tabela, percebe-se que a maior causa de óbitos deve-se a doenças no aparelho circulatório, seguido das neoplasias, independente da faixa etária (BRASIL, 2011). As doenças do aparelho respiratório incluem infecções, pneumonia, asma, dentre outras e, quanto às neoplasias, referem-se ao câncer de mama, útero, próstata, estômago, entre outras.

Considerando a maior prevalência das DCNT, cabe destacar que estas compreendem basicamente: hipertensão, colesterol, diabetes, doenças cardiovasculares e depressão. As mortes por doenças infectocontagiosas têm reduzido de 46% (em 1930) para 5,3% (em 2000) e há um aumento das mortes por DCNT, representando dois terços do total de óbitos por causas conhecidas (BRASIL, 2011).

Conforme dados do SISAP Idoso, em 2017, a proporção permaneceu praticamente igual, sem considerar idade e, incluindo idosos dos dois gêneros, pode-se observar que no tocante às neoplasias, a proporção foi de 17,64%, as doenças do aparelho circulatório 32,81% e aparelho respiratório 15,11%. Ou seja, percebe-se que as alterações entre 2011 e 2017 foram irrisórias, indicando que as DCNT que mais levam a óbito são as mesmas (FIOCRUZ, 2020).

No diagnóstico das DCNT, é comum que se cometam dois erros, quais sejam, considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural e tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos, ambos podem atrapalhar o diagnóstico correto que visa permitir que o idoso tenha maior tempo e qualidade de vida (BRASIL, 2007).

As DCNT afetam o desempenho do idoso nas atividades de vida diária (AVD), sendo que aumentam em cerca de 5% a dependência do idoso na faixa etária de 60 anos

para cerca de 50% entre os idosos com 90 anos ou mais (BRASIL, 2007). Na fase de envelhecimento, o indivíduo é mais vulnerável a estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico), logo as doenças ocorrem com mais facilidade. Assim, a avaliação do idoso sempre deve descartar doenças crônicas como (SOUZA, 2011):

1. afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva;
2. diabetes e suas complicações;
3. déficits sensoriais (auditivo e visual);
4. afecções osteoarticulares;
5. déficits cognitivos.

2.4 DEPRESSÃO

Dentre as DCNT, as doenças mentais estão entre as que mais causam incapacidade e pioram a qualidade de vida, impactando inclusive os familiares (WHITEFORD et al., 2015). Dentre os transtornos mentais, compete destacar a depressão, sendo definida como um distúrbio da área afetiva ou do humor, o qual impacta na ordem biológica, psicológica e social. Pessoas acometidas por esse distúrbio tendem a apresentar humor deprimido e perda de interesse ou prazer em praticamente todas as atividades que executam (CARREIRA, 2012).

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é definido como uma condição de saúde mental e multideterminada que envolve um conjunto de sintomas depressivos: alteração do humor, do apetite, do sono, anedonia, letargia, sentimento de culpa e baixa autoestima, dificuldade de concentração, agitação e ideação suicida. Para um indivíduo ser diagnosticado com depressão, deve apresentar pelo menos cinco destes sintomas por mais de duas semanas, sendo que os sintomas de alteração do humor e anedonia são cardinais e, pelo menos um, deve estar no diagnóstico (DSM-5, 2014). No Quadro 2, são apresentados os critérios em detalhes.

Quadro 2: Sintomas para diagnóstico de depressão

Descrição
1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex. sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso) (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável).
2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (por exemplo, mudança de mais de 5% do peso corporal em menos de um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: em crianças, considerar o insucesso em obter o peso esperado).
4. Insônia ou hipersonia quase diária.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriinação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Fonte: American Psychiatric Association - DSM-5 (2014) apud UFRGS (2017).

Os idosos são uma população que comumente costuma ter depressão, sendo com frequência subdiagnosticada e subtratada (MEDEIROS, 2010). Alguns trabalhos realizados estimam que cerca de 15% dos idosos apresentam sintomas de depressão e, em casos de estarem institucionalizados, essa prevalência aumenta (SANTANA; BARBOZA FILHO, 2007; PÓVOA et al., 2009; SIQUEIRA et al., 2009).

O próprio processo de envelhecimento e as doenças que ocorrem nessa fase da vida, tendem a ser motivos para os quadros depressivos (HARTMANN JUNIOR; SILVA; BASTOS, 2009). A depressão é fortemente associada às DCNT como diabetes, síndrome coronariana ou acidente vascular cerebral (AVC), pois estas impactam na incapacidade, na qualidade de vida e na mortalidade do indivíduo (AYERBE et al., 2013; LICHTMAN et al., 2014). Especificamente, a insuficiência cardíaca, após o primeiro episódio, foi associada ao diagnóstico de depressão, devido à limitação para algumas atividades

(PENA et al.,2011; LOSSNITZER *et al.*,2013). Além disso, a solidão, falta de apoio social e relações interpessoais, o luto e a depressão prévia, também são motivos para que os sintomas depressivos ocorram (WHO, 2012).

Dentre as características socioeconômicas dos idosos associadas à depressão, os estudos revelam que as mulheres são mais suscetíveis, principalmente devido à sobrecarga de funções na família, ao isolamento social e ao fator biológico de privação de estrogênio (GULLICH; DURO; CESAR, 2016). Outro fator de diferenciação foi a escolaridade (oito anos ou mais), indicando que, quanto maior o nível escolar, menor a tendência de a pessoa apresentar quadros depressivos, pois o acesso à saúde e os tratamentos médicos a que se submetem tendem a ser melhores (NOGUEIRA et al., 2014; FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

No que se refere ao estado civil, as pesquisas identificam que ter um companheiro é um fator que protege da depressão; no estudo de Sass *et al.* (2012), os autores concluíram que os 77,5% dos indivíduos deprimidos não tinham um companheiro. Isso pode ser justificado pelo fato de que ter um companheiro permite maior proteção psicossocial, apoio mútuo e auxílio para enfrentar situações adversas.

Conforme Fleck et. al. (2009) adaptado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS,2017, p. 5), o tratamento da depressão deve ocorrer em etapas, sendo apresentadas na Figura 1.

Figura 3: Etapas do tratamento da depressão



Fonte: UFRGS (2017).

Após o aparecimento dos sintomas, os primeiros três meses envolvem a fase mais aguda, em que o paciente deve ser avaliado de forma completa, sendo feita análise de estressores ambientais e problemas de saúde e possível risco de suicídio. Nesta fase, deve ocorrer a psicoeducação, estreitando os laços entre profissionais terapeutas, paciente e família, sendo necessário esclarecer o tratamento, que pode ser com medicamentos ou não. Iniciado o processo, esse período requer acompanhamento de resposta e consultas voltadas à escuta, tendo como objetivo eliminar os sintomas (remissão) com retorno ao funcionamento pré-mórbido (CORDIOLI et al. ,2015).

Na segunda etapa, que inclui o período de quatro a nove meses, deve-se buscar a consolidação da melhora obtida, além de ser monitorada a adesão ao tratamento, possíveis recaídas e seus ganhos adicionais (se tiver sintomas residuais). Já nesta fase, o paciente deve ser considerado recuperado do episódio, podendo iniciar a descontinuação gradual do tratamento, evitando recaídas (CORDIOLI et al. ,2015).

E, por fim, a terceira etapa, com duração de um ou mais anos, é a considerada fase de manutenção, cujo foco está em atender pacientes com alta probabilidade de recorrência, sendo monitorados os sinais de recorrência e a adesão ao tratamento para, assim, evitar novos episódios (CORDIOLI et al. ,2015). Em todas as etapas, o paciente deve ter acompanhamento dos profissionais e receber apoio da família.

2.5 SUPORTE SOCIAL

A rede de suporte social ou apoio social faz parte da atenção integral à saúde do idoso. Conceitualmente, define-se o apoio social como a oferta de suporte emocional, financeiro, instrumental e de relacionamento interpessoal. Dentre os agentes formais e informais que auxiliam no apoio social aos idosos, os estudos citam filhos, vizinhos, netos e amigos, além de agentes comunitários de saúde e irmãos, todos contribuindo para um envelhecimento mais ativo (ALVARENGA et al., 2011; MAIA et al., 2016).

Em termos de classificação, os sistemas de suporte social são classificados em formais e informais. Quanto aos formais, destacam-se serviços como hospitais, atendimento em domicílio, capacitação de profissionais para atendimento do idoso e instituições de longa permanência. Como informais, são consideradas a família, amigos

e relações vindas do trabalho, da inserção comunitária e de práticas sociais (SLUZKI, 1997; LEMOS; MEDEIROS, 2006).

Nos informais, a família é destacada devido à proximidade entre os indivíduos, pois é a família o contexto social mais próximo em que o idoso se insere e há o senso de identificação entre os indivíduos (ROSA, 2005). Gardner (2011) destaca também como informais os vizinhos e as relações de serviço que muitos idosos constroem, citando motoristas de táxi, funcionários de lojas, supermercados, entre outros; e as relações com pessoas que não residem no bairro, sendo estas relações complementares à familiar e ao suporte denominado formal.

Neste contexto de apoio social, cabe destacar que existem também programas que treinam idosos que não apresentam limitações ou doenças crônicas, os quais auxiliam no suporte social de outros idosos. Um estudo feito por Davis et al. (1998) avaliou que, após serem treinados por um período e orientados sobre assuntos ligados a exercício, nutrição, segurança doméstica, fumo, uso do álcool e medicações, os idosos que prestaram serviços de apoio a outros também apresentaram melhora na saúde, o que fortalece a ideia de reciprocidade. Frick et al. (2004) estudaram a inserção de idosos como voluntários em escolas, tendo como resultado melhora na qualidade de vida dos idosos, gerando valorização do apoio social e redução nos gastos com médicos.

O suporte social permite melhora na qualidade de vida e na saúde dos idosos, sendo extremamente importante nesta fase da vida (MELCHIORRE et al., 2013; MARQUES et al., 2013; JOHNSON, 2014; FREITAS et al., 2016; MAIA et al., 2016). E ainda, dentre os benefícios mais citados, quando há suporte social adequado, os autores mencionam que ocorre redução da mortalidade, melhora na saúde mental e na qualidade de vida do idoso, além disso, auxiliando na superação da depressão (SEHLO; LADITKA et al., 2009; FERNANDEZ-MAYORALAS et al., 2012; MARQUES et al., 2013; HOBBS et al., 2016).

A interação social dos idosos com uso da tecnologia atual também favorece nas condições mentais. Ferreira e Alves (2011) verificaram, em seu estudo, que idosos que fazem uso da internet reduzem a solidão, uma vez que criam novos laços de amizade e interações sociais. No mesmo sentido, o estudo de Hobbs et al. (2016) mostra que idosos que usam redes sociais, como Facebook, têm menor risco de mortalidade, devido às

conexões e vínculos de amizade ativos que estas permitem. Quanto à mortalidade, os resultados do estudo de Mazzella et al. (2010) realizado com 1288 idosos entre os 65 e os 95 anos, mostram que o baixo apoio social leva a um maior risco de mortalidade dos idosos, principalmente os que apresentam outras doenças associadas, o que também pode ser relacionado ao menor desempenho funcional que acarreta maior distanciamento.

Segundo Guedes et al. (2017), a prática do apoio social precisa ser percebida como uma forma de transformar o processo de saúde-doença do idoso, considerando sua realização pelo próprio idoso e por outros membros da sociedade, tais como familiares, amigos, vizinhos, grupos religiosos, profissionais de saúde e do serviço social e estudantes. Entretanto, alguns idosos, ao receberem apoio social, sentem-se mais dependentes e sem autonomia, o que pode gerar baixa da autoestima (RAMOS, 2002). Há que se considerar também as questões de reciprocidade e equilíbrio entre o dar e receber, uma vez que o idoso pode sentir falta de capacidade para retribuir o auxílio recebido, quando, então, o suporte social pode passar a ter efeitos negativos.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Quanto à natureza, o estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, quantitativa e exploratória, na medida em que foram captados dados primários e secundários.

No que se refere aos dados secundários, estes foram coletados em sites oficiais como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)², Departamento de Informática do SUS (DATASUS)³, Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)⁴, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)⁵. Já os dados primários, foram obtidos com a realização de entrevistas a idosos de Sinop-MT.

3.2 POPULAÇÃO

O município de Sinop foi escolhido por pertencer a uma região de saúde do estado, sendo um município que contempla diversos serviços de saúde e que atua em prol da região norte do Estado. A Figura 2 permite visualizar sua localização em Mato Grosso, sendo destacada a distância entre os municípios da região e a população de cada município, conforme dados do DATASUS.

Além disto, do total de idosos de Mato Grosso, conforme pesquisa do SISAP Idosos, em 2013, uma proporção de 79,74% dos idosos apresentavam diagnóstico de alguma DCNT. Considerando o Brasil, essa proporção é de 76,30% (FIOCRUZ,2020). Neste sentido, cabe as políticas de promoção da saúde auxiliarem na obtenção de um melhor estado de saúde desta população, favorecendo um envelhecimento cada vez mais ativo, em um ambiente social e cultural diferenciado (BRASIL, 2007).

Este contexto leva ao interesse pelo município de Sinop, localizado no estado de Mato Grosso, cuja economia vem crescendo desde a década de 1980, sobretudo devido ao Agronegócio. O município de Sinop tem uma população de 139.935 habitantes, da

² Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

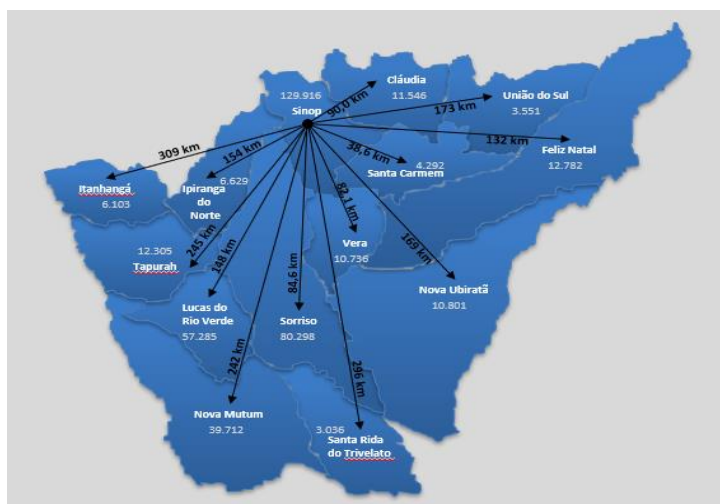
³ Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>

⁴ Disponível em: <http://mds.gov.br/sistemas/sistemas-1>

⁵ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/>

qual 10.236,12 são idosos, cerca de 7,3% da população (IBGE SIDRA, 2020; FIOCRUZ, 2019). Além disto, o município destaca-se tanto em quantidade de pessoas, quanto em qualidade de vida, uma vez que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é considerado alto, sendo 0,754, incluindo aspectos de longevidade, renda e escolaridade, respectivamente. Além disso, esses municípios têm alto PIB per capita, o que pode induzir, teoricamente, a uma maior qualidade de vida da população (ATLAS BRASIL, 2013).

Figura 4: Localização dos municípios da pesquisa



Fonte: Escritório Regional de Saúde de Sinop (2020).

3.3 COLETA DE DADOS

O período de análise dos dados públicos disponíveis no site do DATASUS⁶ foi entre 2010 e 2019, podendo variar para cada indicador, conforme disponibilidade dos dados. Assim, cabe destacar as variáveis que foram buscadas para cada objetivo da presente pesquisa.

Para caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos do município de Sinop-MT, foram coletadas variáveis que se relacionaram ao gênero, idade, estado civil, escolaridade e renda, sendo utilizadas as bases dos IBGE⁷, no período acima citado.

⁶ Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>

⁷ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

No que se refere à prevalência de DCNT e prevalência de problemas de depressão dos idosos de Sinop, os dados utilizados tiveram origem nas bases do DATASUS. Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as DCNT destacadas foram: câncer, doenças do aparelho circulatório, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Com relação à rede de suporte social das pessoas idosas do município de Sinop-MT, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a população atendida na atenção básica do município (Apêndice 1). Os idosos foram convidados a participar da pesquisa por meio de parceria estabelecida com o Projeto “Promoção da Saúde, prevenção e autocuidados das DCNT”, desenvolvido no município de SINOP-MT, sendo escolhidos por amostragem de conveniência, conforme sua disponibilidade e aceitação, devido ao COVID-19, sendo esta uma limitação da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em data e horário definido em comum acordo com o participante da pesquisa, sendo gravadas, com o consentimento do participante, e foram transcritas na íntegra para posterior análise. Todas as medidas sanitárias de proteção foram observadas para manter a integridade dos participantes da pesquisa, bem como da pesquisadora. Foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas, de acordo com os critérios de saturação definidos por Sandelowski (1995). O roteiro de entrevista semiestruturada foi baseado no Questionário de Suporte Social (QSS), cuja validação foi realizada para o português do Brasil por Matsukura, Marturano e Oishi (2002).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram tabulados no Excel e foram utilizadas estatísticas descritivas. Os dados qualitativos foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin (2011). Foram preconizadas as três etapas da análise de conteúdo, quais sejam: pré-análise, exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados e interpretação. A análise de conteúdo foi realizada com auxílio do software de métodos mistos QSR NVIVO versão 12® para Windows (BAZELEY, 2013) e a tabulação dos dados foi realizada no software Excell 356® para Windows.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Seres Humanos da Universidade Cesumar, sob o CAEE 35930820.6.0000.5539. O estudo seguiu integralmente as Resoluções 466 de 2012 e 512 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre a adequação ética das pesquisas envolvendo seres humanos.

**4 ARTIGO ORIGINAL A SER SUBMETIDO À REVISTA GERIATRICS,
GERONTOLOGY AND AGING**

**O PERFIL DOS IDOSOS - PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-
TRANSMISSÍVEIS E O SUPORTE SOCIAL EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS
NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DO PERÍODO DE 2010 A 2019.**

Marcia de Lara Soriano

Fonoaudióloga. Mestranda em Promoção da Saúde, Unicesumar. Secretária de Saúde do Estado do Mato Grosso.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5307-8798>

Leonardo Pestillo de Oliveira

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela PUCSP. Professor do PPG em Promoção da Saúde, Unicesumar. Bolsista de Produtividade do Instituto CESUMAR de Ciências, Tecnologia e Inovação.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5278-0676>

Lucas França Garcia

Sociólogo. Doutor em Ciências Médicas e Bioética pela UFRGS. Professor do PPG em Promoção da Saúde, Unicesumar. Bolsista de Produtividade do Instituto CESUMAR de Ciências, Tecnologia e Inovação.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5815-6150>

Autor correspondente:

Lucas França Garcia

PPG em Promoção da Saúde, UniCesumar

Avenida Guedner, 1610

Jardim Aclimação

Maringá/PR

E-mail para contato: lucas.garcia@unicesumar.edu.br

RESUMO

A população idosa brasileira tem aumentado a cada ano, reflexo da maior longevidade das pessoas devido, principalmente, à existência de políticas públicas de saúde que permitem um melhor acompanhamento da saúde da população. Neste contexto, este estudo teve como objetivo analisar a evolução das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e saúde mental da população do município de Sinop-MT, entre 2010 e 2019, a fim de demonstrar como o estado de Mato Grosso tem evoluído neste sentido sob o ponto de vista das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, perfil sociodemográfico e econômico e rede de suporte social a que a população idosa tem acesso. Em termos metodológicos, a pesquisa contemplou dados primários e secundários, sendo os primários obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas com uma amostra de 15 idosos; e os dados secundários obtidos junto à Prefeitura Municipal e outros órgãos da Saúde oficiais. A partir dos resultados alcançados, os dados foram apresentados de forma quantitativa e qualitativa, sendo realizada uma análise descritiva do contexto de saúde do idoso em Sinop. Da população idosa cadastrada no Sistema Único de Saúde em Sinop e, considerando os dados primários das entrevistas, a maioria dos idosos tem entre 60 e 69 anos e pode-se perceber um percentual maior de mulheres. Quanto à escolaridade, a maioria tem até Ensino Fundamental, tendo como renda aposentadoria e pensão. Especificamente sobre as DCNT, hipertensão e diabetes estão entre as prevalentes e no que se refere às doenças mentais, tanto nos dados oficiais quanto com os primários, percebe-se que há baixa frequência e, nos casos positivos, a depressão e ansiedade são as prevalentes, sendo que a pandemia tem sido um fator agravante da ansiedade, o que foi observado na pesquisa de campo. O suporte social é representado, principalmente, por familiares, vizinhos e amigos, sendo que poucos idosos frequentam locais de apoio e atividades comunitárias em seus bairros. Conclui-se, portanto, que o idoso de Sinop-MT apresenta características semelhantes ao contexto nacional e estadual, seja a partir dos dados da Prefeitura ou das entrevistas e que as políticas de saúde ainda estão em processo embrionário no que se refere à sua efetiva aplicação no município.

Palavras-chave: doenças não transmissíveis; promoção da saúde; envelhecimento populacional; políticas de saúde.

ABSTRACT

The Brazilian elderly population has increased every year reflecting the greater longevity of people due mainly to the existence of public health policies that allow better monitoring of the population's health. In this setting, this study aimed to analyze the evolution of Chronic Non-Communicable Diseases and mental health of the population of the city of Sinop-MT, between 2010 and 2019, in order to demonstrate how the state of Mato Grosso has evolved in this sense from the point of view of Chronic Non-Communicable Diseases, sociodemographic and economic profile and social support network to which the elderly population is granted access. In methodological terms, the research included primary and secondary data, the primary ones being obtained from semi-structured interviews with a sample of 15 elderly people; and the secondary ones obtained from the City Hall and other official health agencies. Based on the results achieved, the data were presented in a quantitative and qualitative method and a descriptive analysis of the health context of the elderly in Sinop was carried out. Of the elderly population registered in the Unified Health System in Sinop, and considering the primary data of the interviews, most of the elderly are between 60 and 69 years old and a higher percentage of women can be noticed. As for schooling, most of them studied up to elementary school, having retirement and pension income. Specifically on CNCDs, hypertension and diabetes are among the prevalent ones and with regard to mental illnesses, both in official and primary data, it is noticed that there is low frequency and, in positive cases, depression and anxiety are the prevalent ones, and the pandemic has been an aggravating factor for anxiety, which was observed in the field research. Social support is mainly represented by family members, neighbors and friends with few elderly people attending support centers and community activities in their neighborhoods. It is concluded, therefore, that the elderly in Sinop-MT present characteristics similar to the national and state settings, either from the data of the City Hall or from the interviews, and that health policies are still in an embryonic process with regard to their effective application in the city.

Keywords: chronic non-communicable diseases; health promotion; population-ageing; health policies.

O PERFIL DOS IDOSOS - PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS E O SUPORTE SOCIAL EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DO PERÍODO DE 2010 A 2019.

INTRODUÇÃO

A população idosa tem aumentado em todos os países, seja devido à menor fecundidade ou à maior longevidade (SCHRAMM et al., 2004; PALTASINGH; TYAGI, 2012; MIRANDA et al., 2016). Países desenvolvidos têm, como diferencial, o fato de o crescimento dessa população vir acompanhado de maior qualidade de vida e percepção de bem-estar (TSALAPORTA & PAPAPETROU, 2020); diferentemente, em países em desenvolvimento, como o Brasil, esse aumento traz consigo diversas mudanças para as quais o país ainda não está preparado para enfrentar, sejam elas relacionadas aos cuidados com a saúde do idoso, o perfil de doenças, os hábitos de alimentação e a inserção das tecnologias no convívio desta população (BRASIL, 2007; BLOOM & SUDHARSAN, 2018).

Em termos de número de idosos no Brasil, conforme previsões do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2050, existirão mais idosos que crianças, sendo cerca de 66,5 milhões de idosos, segundo esta projeção (IPEA, 2014). Este dado é preocupante, no sentido de que é a população ativa mais jovem que mantém a qualidade de vida do idoso e esta vem reduzindo cada vez mais, indicando que o perfil do idoso deverá ser diferenciado nas próximas décadas, principalmente no que se refere à saúde e proatividade, pois este terá que se sustentar sem grande auxílio (WHO, 2017).

Além de viver mais tempo, a população tem se mostrado preocupada com o estilo de vida, principalmente quanto aos hábitos alimentares e de saúde física e mental. Desta forma, é importante ter um olhar sobre como vem evoluindo o perfil do idoso em municípios cuja qualidade de vida tende a ser elevada, devido às suas atividades econômicas voltadas, principalmente, ao Agronegócio, como é o caso de Sinop-MT, voltando-se a buscar, nos últimos dez anos, informações como tipos de doenças que mais acometem esta população, relacionamento familiar e suporte social a que estão submetidos, número de filhos, estado civil, hábitos alimentares, cuidados com a saúde mental, entre outros aspectos.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um problema na saúde no Brasil, na medida em que causam cerca de 72% das mortes e, independente da classe social, atingem principalmente idosos, pessoas de baixa escolaridade e de baixa

renda (DUNCAN et al., 2009; MALTA; MERHY, 2010; MALTA et al., 2019). Quanto às regiões brasileiras, o destaque para a prevalência de DCNT está na região Sul com 52,1% da população, depois Sudeste com 46,1%, Centro-Oeste com 43,9%, Nordeste com 42,2% e Norte 37,2%. Entre as DCNT, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (DAC) com prevalência de 31,3%, câncer com 16,3%, diabetes com 5,2% e doença respiratória crônica com 5,8% (MALTA; MORAIS NETO; SILVA, 2011).

Assim, este estudo teve como objetivo analisar a evolução das DCNT e saúde mental da população do município de Sinop-MT entre 2010 e 2019, a fim de demonstrar como o estado de Mato Grosso tem evoluído neste sentido sob o ponto de vista das DCNT, perfil sociodemográfico e econômico, bem como analisar, em amostra de 15 idosos, a sua percepção a respeito da rede de suporte social a qual tem acesso.

MATERIAIS E MÉTODOS

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Quanto à natureza, o estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, quantitativa e exploratória, na medida em que foram captados dados primários e secundários.

No que se refere aos dados secundários, estes foram coletados em sites oficiais como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸, Departamento de Informática do SUS (DATASUS)⁹, Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)¹⁰, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)¹¹. Já os dados primários, foram obtidos com a realização de entrevistas a idosos de Sinop-MT.

POPULAÇÃO

O município de Sinop foi escolhido por pertencer a uma região de saúde do estado, sendo um município que contempla diversos serviços de saúde e que atua em prol da região norte do Estado. A Figura 1a permite visualizar sua localização em Mato Grosso,

⁸ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

⁹ Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>

¹⁰ Disponível em: <http://mds.gov.br/sistemas/sistemas-1>

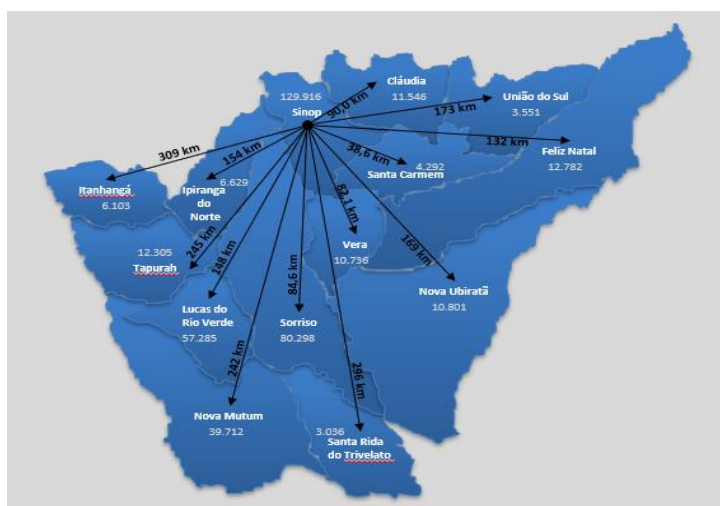
¹¹ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/>

sendo destacada a distância entre os municípios da região e a população de cada município, conforme dados do DATASUS.

Além disto, do total de idosos de Mato Grosso, conforme pesquisa do SISAP Idosos, em 2013 uma proporção de 79,74% dos idosos tem diagnóstico de alguma DCNT. Considerando o Brasil, essa proporção é de 76,30% (FIOCRUZ,2020). Neste sentido, cabe às políticas de promoção da saúde auxiliarem na obtenção de um melhor estado de saúde desta população, favorecendo um envelhecimento cada vez mais ativo, em um ambiente social e cultural diferenciado (BRASIL, 2007).

Este contexto leva ao interesse pelo município de Sinop, localizado no estado de Mato Grosso, cuja economia vem crescendo desde a década 1980, sobretudo devido ao Agronegócio. O município de Sinop tem uma população de 139.935 habitantes, da qual 10.236,12 são idosos, cerca de 7,3% da população (IBGE SIDRA, 2020; FIOCRUZ, 2019). Além disto, o município destaca-se tanto em quantidade de pessoas, quanto em qualidade de vida, uma vez que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é considerado alto, sendo 0,754, incluindo aspectos de longevidade, renda e escolaridade, respectivamente. Além disso, esses municípios têm alto PIB per capita, o que pode induzir, teoricamente, à maior qualidade de vida da população (ATLAS BRASIL, 2013).

Figura 1a: Localização dos municípios da pesquisa



Fonte: Escritório Regional de Saúde de Sinop (2020).

COLETA DE DADOS

O período de análise dos dados públicos disponíveis no site do DATASUS¹² foi entre 2010 e 2019, podendo variar para cada indicador, conforme disponibilidade dos dados. Assim, cabe destacar as variáveis que foram buscadas para cada objetivo da presente pesquisa.

Para caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos do município de Sinop-MT, foram coletadas variáveis que se relacionaram ao gênero, idade, estado civil, escolaridade e renda, sendo utilizadas as bases do IBGE¹³, no período acima citado.

No que se refere à prevalência de DCNT e prevalência de problemas de depressão dos idosos de Sinop, os dados utilizados tiveram origem nas bases do DATASUS. Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as DCNT destacadas foram: câncer, doenças do aparelho circulatório, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Com relação à rede de suporte social das pessoas idosas do município de Sinop-MT, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a população atendida na atenção básica do município (Apêndice 1). Os idosos foram convidados a participar da pesquisa por meio de parceria estabelecida com o Projeto “Promoção da Saúde, prevenção e autocuidados das DCNT”, desenvolvido no município de SINOP-MT. As entrevistas foram realizadas em data e horário definido em comum acordo com o participante da pesquisa, sendo gravadas, com o consentimento do participante, e foram transcritas na íntegra para posterior análise. Todas as medidas sanitárias de proteção foram observadas para manter a integridade dos participantes da pesquisa, bem como da pesquisadora. Foram realizadas 15 entrevistas, de acordo com os critérios de saturação definidos por Sandelowski (1995). O roteiro de entrevista semiestruturada foi baseado no Questionário de Suporte Social (QSS), cuja validação foi realizada para o português do Brasil por Matsukura, Marturano e Oishi (2002).

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram tabulados no Excel e foram utilizadas estatísticas descritivas. Os dados qualitativos foram tratados por meio da análise de conteúdo de Bardin (2011). Foram preconizadas as três etapas da análise de conteúdo, quais sejam:

¹² Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>

¹³ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

pré-análise, exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados e interpretação. A análise de conteúdo foi realizada com auxílio do software de métodos mistos QSR NVIVO versão 12® para Windows (BAZELEY, 2013) e a tabulação dos dados deu-se com o software Excell 356® para Windows.

ASPECTOS ÉTICOS

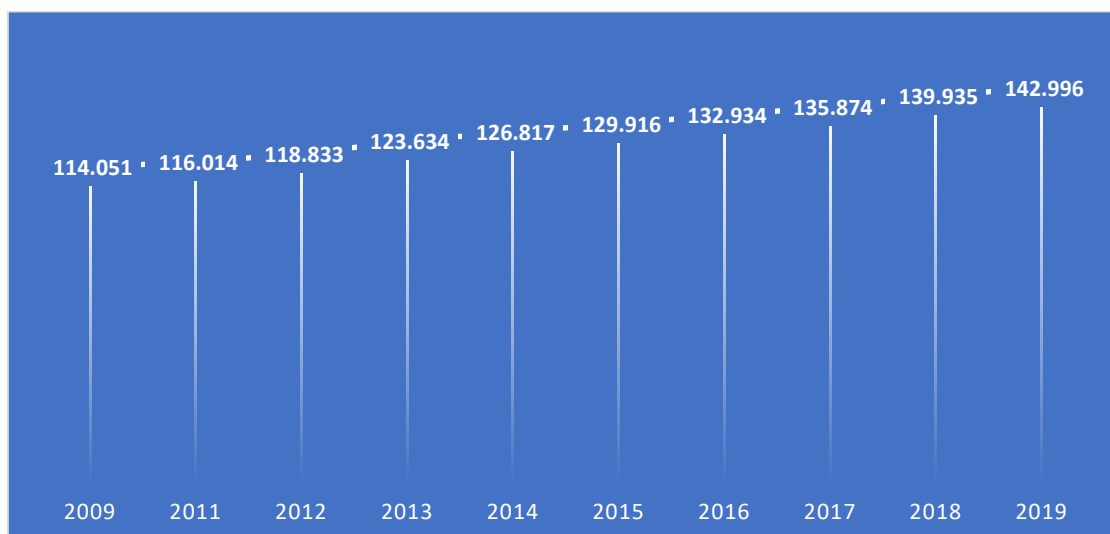
O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Seres Humanos da Universidade Cesumar, sob o CAEE 35930820.6.0000.5539. O estudo seguiu integralmente as Resoluções 466 de 2012 e 512 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre a adequação ética das pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou analisar a evolução das DCNT e saúde mental da população do município de Sinop-MT entre 2010 e 2019, a fim de demonstrar como o estado de Mato Grosso tem evoluído neste sentido sob o ponto de vista das DCNT, perfil sociodemográfico e econômico, bem como a rede de suporte social destes idosos. A seguir, apresentam-se os principais achados da presente pesquisa referente ao (1) perfil socioeconômico do município de SINOP-MT, (2) perfil dos idosos registrados no sistema único de saúde do município de Sinop e (3) rede de suporte social dos idosos participantes da pesquisa.

PERFIL SOCIOEDEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DO MUNICÍPIO DE SINOP-MT-

A população do estado de Mato Grosso tem crescido a cada ano e, entre 2009 e 2019, em termos percentuais, houve um crescimento de 16%, passando de 3.001.692 para 3.484.466 habitantes. Considerando o município de Sinop-MT, a população passou de cerca de 114 para 142 mil habitantes entre 2009 e 2019, acompanhando o crescimento populacional do estado (IBGE, 2020). A evolução da estimativa populacional é apresentada na Figura 2a.

Figura 5a: Estimativa Populacional do município de Sinop-MT

Fonte: Elaborada pela autora com base em IBGE (2020).

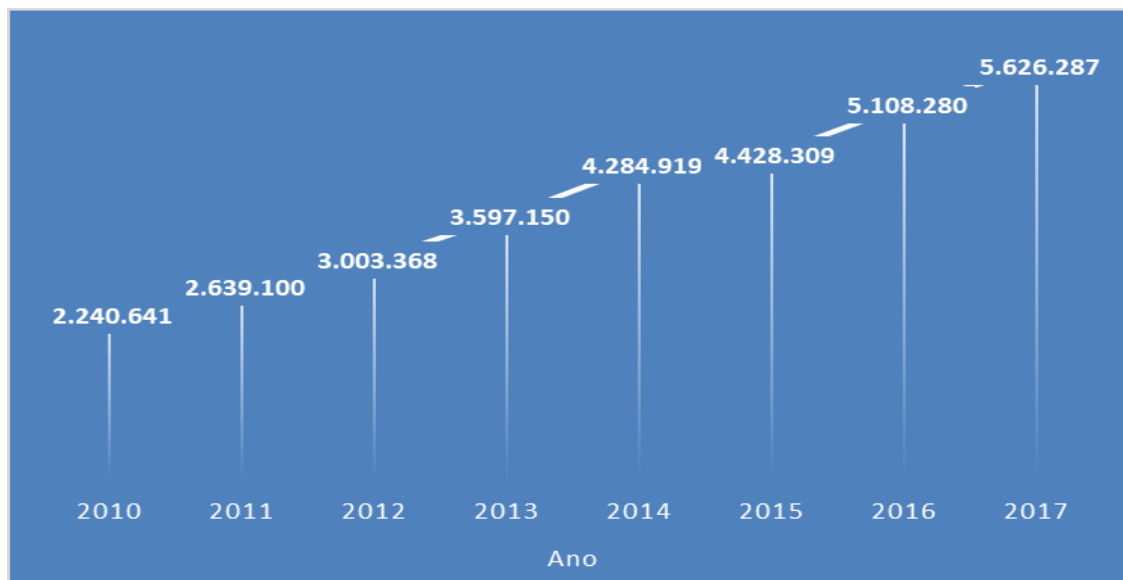
No que se refere à população acima de 60 anos no estado de Mato Grosso, no último censo demográfico feito em 2010, eram 239.626 habitantes. De acordo com levantamento feito pela Secretaria de Planejamento de Mato Grosso (SEPLAN, 2018), o envelhecimento da população vem ocorrendo e, apesar de uma população ainda jovem em Mato Grosso, uma previsão feita para 2060, mostra que o estado terá uma população envelhecida, sendo que a população com idade entre 0 e 19 anos representará 22,84% da população total e a população idosa com mais de 60 anos, será representada por 27,84% da população total, o que ultrapassará o contingente da população jovem para este mesmo ano; já população adulta com idade entre 20 e 59 anos, será de 49,32% da população.

O mesmo relatório da SEPLAN-MT, baseado em dados do Censo, exhibe o envelhecimento da população, indicando que:

[...] no ano de 2010, para cada 100 menores de 15 anos de idade, havia aproximadamente 19 pessoas idosas em Mato Grosso, 23 na região Centro-Oeste e 30 no Brasil. Já em 2030, o cenário é de que para cada 100 pessoas menores de 15 anos, teremos em Mato Grosso 50 de idosos, no Centro-Oeste 57 e Brasil 71 pessoas idosas. Para o ano de 2060, a cada 100 menores de 15 anos de idade, haverá em Mato Grosso aproximadamente 129 idosos, no Centro-Oeste 147 e no Brasil 173 (SEPLAN-MT, 2018, p.52).

Quanto ao Produto Interno Bruto (PIB) de Sinop-MT, a Figura 3a permite observar sua evolução entre 2010 e 2017. O PIB, como observado, apresenta-se de forma crescente no período, tendo incremento de 151% em sete anos.

Figura 6a: PIB de Sinop entre 2010 e 2017



Fonte: Elaborada pela autora com base em IBGE (2020).

Cabe destacar que Sinop-MT representou, em 2017, cerca de 4% do PIB de Mato Grosso, calculado em R\$ 126.805.058 reais. Em termos de setor, o destaque é para o setor agropecuário e de serviços, sendo que o setor industrial vem se desenvolvendo nos últimos anos tanto no município quanto em Mato Grosso. Outro indicador socioeconômico relevante é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM), cujo foco está em mensurar a qualidade de vida da população dos municípios, olhando para saúde, educação e renda. O IDHM de Mato Grosso, em 2010, foi de 0,725, estando na 11ª posição no ranking dos estados brasileiros. Sinop-MT está entre os dez municípios de IDHM maiores do estado, estando em quinto lugar. A Tabela 1 evidencia o IDHM de Sinop e de Mato Grosso por categoria avaliada.

Tabela 1a: IDHM de Sinop-MT

Município	IDHM	Longevidade	Educação	Renda
Sinop	0,754	0,832	0,682	0,755

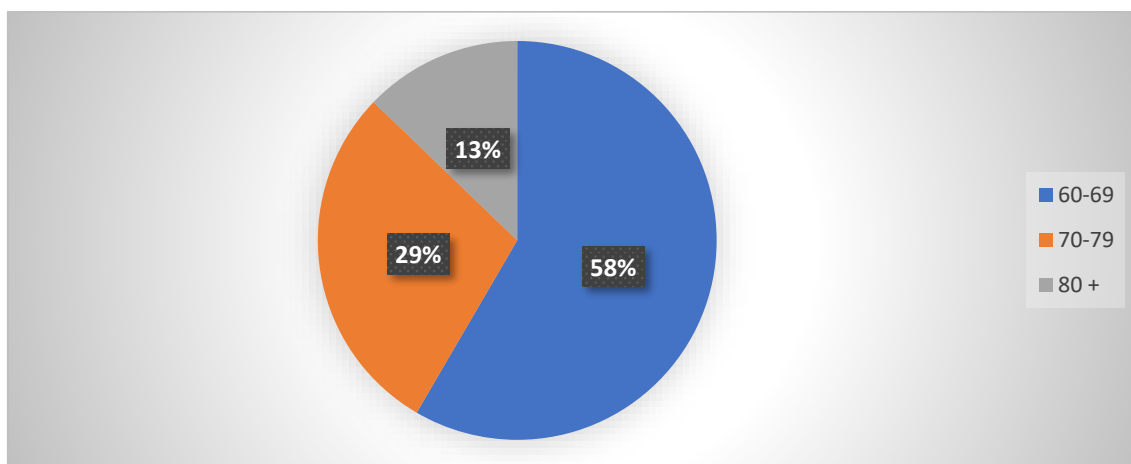
Fonte: SEPLAN – MT (2018).

Dos componentes do IDHM, a longevidade é o indicador mais alto, demonstrando que a população do município tende a viver mais, o que leva à busca por qualidade e suporte social. Considerando os ótimos indicadores socioeconômicos do município de Sinop e diante do crescimento populacional e da tendência de envelhecimento da população, fica evidente a necessidade de políticas públicas voltadas à promoção da qualidade de vida do idoso neste município, assim como cabe, neste estudo, a prioridade em analisar a evolução e o perfil de envelhecimento desta população no que tange a DCNT e depressão.

PERFIL DOS IDOSOS REGISTRADOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SINOP

A partir de dados obtidos junto à Secretaria de Saúde, tem-se que, no município de Sinop, até julho de 2020, dos **10.236** idosos identificados pelo IBGE (2020), estão registrados no Sistema Único de Saúde (SUS), 7.687 idosos em 2020, com idade a partir de 60 anos, dos quais 55% são mulheres e 45% homens. Assim, entende-se que estas informações representam 75% da população idosa de Sinop. Conforme Figura 4a, na faixa etária entre 60-69, são 58% ou 4.490 idosos, entre 70-79 anos são 29% totalizando 2.213 e 13% dos idosos do município têm mais de 80 anos, sendo 984 idosos em Sinop.

Figura 4a: Perfil dos idosos de Sinop por faixa etária

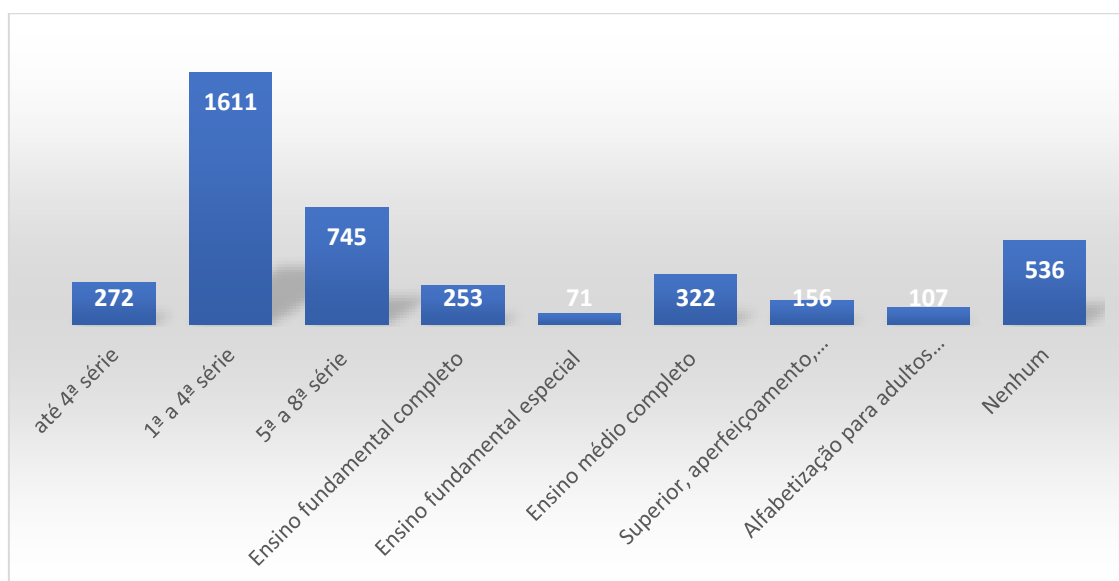


Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Como se observa, a maioria dos registros no SUS é de mulheres. Além disso, a maioria dos idosos está na faixa entre 60 e 69 anos. Quanto à relação de parentesco com o responsável familiar, dos 1.990 idosos que informaram, 65% residem com o cônjuge.

No que se refere à educação, a Figura 5a permite observar que a maioria tem até Ensino Fundamental, sendo cerca de 57%¹⁴, diversos níveis educacionais foram mencionados pelos idosos, incluindo alfabetização de adultos, Ensino Médio, Ensino Superior, dentre outros.

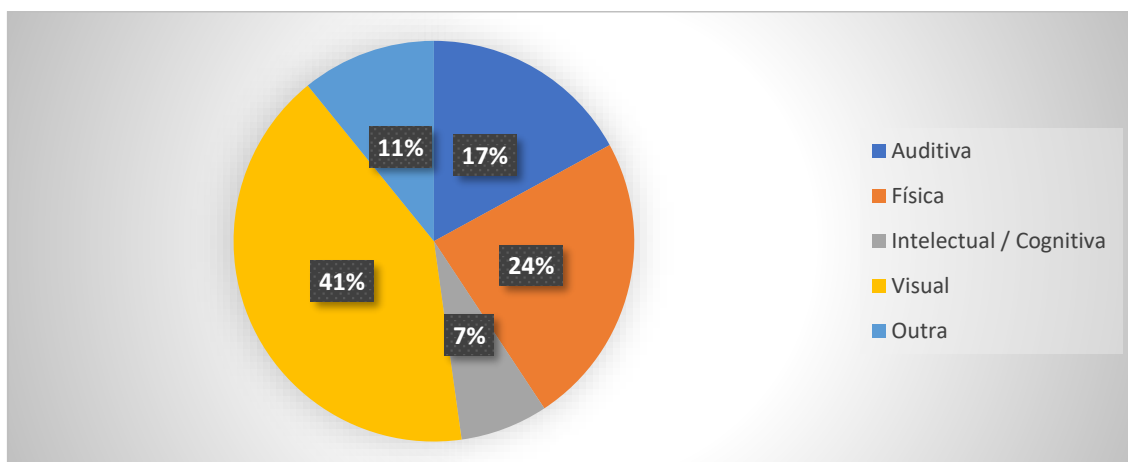
Figura 5a: Nível educacional dos idosos de Sinop



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

No quesito empregabilidade, a maioria, 57%, é aposentado ou pensionista, 10% não trabalham, 9% são assalariados com carteira assinada e os demais dividem-se entre autônomos, assalariados sem carteira assinada ou outras opções de trabalho. Ao serem questionados sobre terem alguma deficiência, em seu cadastro do SUS, apenas 5% indicaram que sim, sendo elas apresentadas na Figura 6a.

¹⁴ 4.073 idosos informaram nível educacional no cadastro SUS.

Figura 6a: Deficiências dos idosos de Sinop

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Fica constatado que a deficiência visual é a mais referida, sendo 41%, enquanto a deficiência física ocorre em 24% dos idosos em Sinop. Sobre plano de saúde na rede privada, 4% declararam ter, os demais 46% não têm plano e os demais 50% não deram informação no cadastro. Dos 4% que manifestaram ter plano de saúde, 2,26% são da faixa etária entre 60 e 69 anos, 1,14% entre 70 e 79 anos e 0,62% contam 80 anos ou mais; percebe-se, assim, que há baixa adesão ao plano de saúde, dado que são pessoas que frequentam o SUS. Considerando que, pelo IBGE, Sinop tem 10.236, supõe-se que cerca de 25% frequentem apenas redes privadas de saúde (IBGE SIDRA, 2020).

No que se refere especificamente às DCNT, a Tabela 2a permite visualizar o número de idosos, de um total de 7.687 cadastrados no SUS de Sinop, que registram alguma DCNT.

Tabela 2a: Perfil dos idosos de Sinop no que se refere às DCNT.

Tipo de Doença	Sim	Não	Não informou
Tem diabetes	1.091	3.550	3.046
Tem hipertensão arterial	3.318	2.120	2.249
Tem ou teve câncer	158	4.103	3.426
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde	134	3.892	3.661
Doença respiratória / no pulmão	125	4.047	3.515
Doença cardíaca / do coração	3.963	3.379	345

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Diante do exposto, constata-se que, dos que informaram, 24%¹⁵ têm diabetes, 61%¹⁶ hipertensão, sendo que, para ambas as doenças, a maioria dos idosos tem entre 60 e 69 anos (50%). Quanto ao câncer, 4%¹⁷ tem ou teve algum tipo de câncer, sendo 48% com idade entre 60 e 69 anos e 35% entre 70 e 79 anos de idade. E ainda, 3%¹⁸ já tiveram diagnóstico de algum problema de saúde mental, 3%¹⁹ têm doença respiratória e 54%²⁰ indicaram doença cardíaca do coração.

As doenças respiratórias são mais frequentes também nos idosos entre 60 e 69 anos, sendo 44% os idosos que informaram sobre essas doenças. No caso das doenças cardíacas, ocorre também frequência maior nessa faixa etária, sendo 94%, isso se justifica por também representar a faixa com mais idosos em Sinop.

Ao se destacar os diagnósticos de doenças mentais, tem-se a Figura 7a, na qual apenas 2% dos idosos apontam já terem tido alguma doença mental, seja ela depressão, ansiedade, entre outras possibilidades no campo mental; 51% disseram que não e 41% foram os idosos que não deram essa informação ao SUS.

¹⁵ 4641

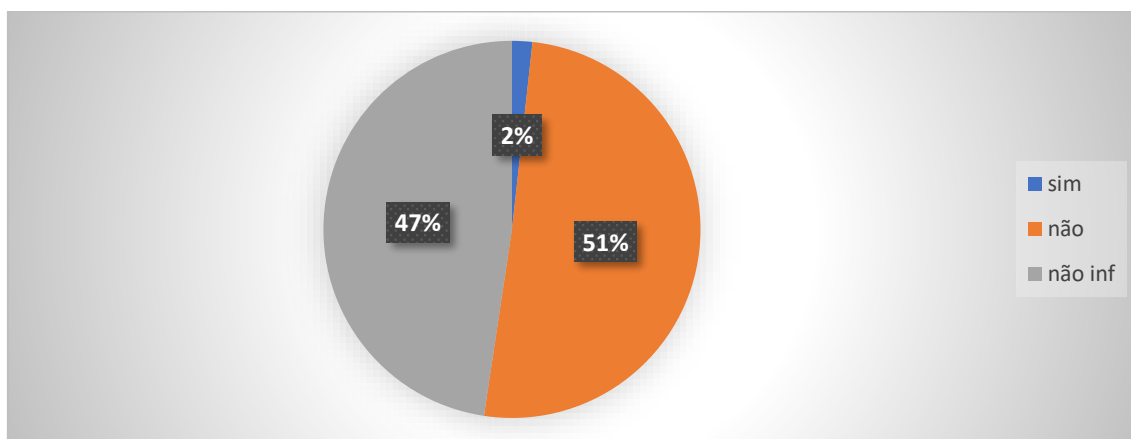
¹⁶ 5438

¹⁷ 4261

¹⁸ 4026

¹⁹ 4172

²⁰ 7342

Figura 7a: Idosos com diagnóstico de doenças mentais

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Considerando a faixa etária, a maioria dos idosos que indicou já terem recebido diagnóstico de doença mental é da faixa entre 60 e 69 anos, sendo 48%. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, IBGE (2019), em Mato Grosso são cerca de 67 mil pessoas com diagnóstico de depressão e que usam medicamentos, das quais 6 mil têm entre 60 e 64 anos (9%), 10 mil entre 65 e 74 anos (15%) e 5 mil pessoas têm 75 anos ou mais (7%).

Um dos pontos importantes que auxiliam no processo de manutenção de uma saúde mental adequada no envelhecimento é o convívio social saudável; desta forma, a Tabela 3a apresenta o número de idosos que frequentam algum grupo comunitário.

Tabela 3a: Idosos que frequentam grupos comunitários

Faixa etária	sim	não	não informado
60-69	47	2167	2267
70-79	34	1059	1124
80 ou mais	13	482	494
Total	94	3708	3885

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Do total de idosos, apenas 94 informaram que frequentam, sendo 1,22%, enquanto 48% não frequentam e 51% não informaram. Dos que frequentam, a maioria é da faixa etária entre 60 e 69 anos.

REDE DE SUPORTE SOCIAL

Com relação ao suporte social, foram entrevistados 15 idosos, participantes do Projeto “Promoção da Saúde, prevenção e autocuidados das DCNT” desenvolvido no município de SINOP-MT. A amostra foi composta por 13 mulheres (87%) e dois homens, apenas. A idade variou entre 63 a 79 anos, sendo a idade média de 69,33 anos, com desvio padrão de $\pm 6,13$ anos. Com relação à escolaridade, nove participantes (60%) relataram ter cursado o Ensino Fundamental, cinco participantes (33,33%) o Ensino Médio e apenas um participante não informou a escolaridade. Com relação ao estado civil, cinco participantes da pesquisa (33,33%) são viúvos, oito (53,33%) estão casados e dois (13,33%) estão divorciados. Com relação à renda, a média foi de R\$ 2.830,77 (dois salários-mínimos), com desvio padrão de \pm R\$ 2.875,58 e a mediana foi de R\$ 2.000,00 por família. Com relação ao número de filhos, todos possuíam filhos, sendo que a média de filhos por participante da pesquisa foi de três. Com relação a ter DCNT, apenas cinco (33%) relataram não possuir nenhuma DCNT; dos que relataram possuir DCNT, a mais prevalente foi hipertensão, seguida de depressão ou sintomas depressivos e doenças cardiovasculares (Tabela 4a).

	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Renda	Filhos	DCNT	QUAL?
E1	F	76	Não informada	Casada	Não informada	4	Sim	HIPERTENSÃO
E2	M	78	EF	Casado	De 1 a 2 salários	4	Sim	HIPERTENSÃO
E3	F	65	EM	Casada	De 1 a 2 salários	4	Sim	HIPERTENSÃO E DEPRESSÃO
E4	F	63	EF	Viúva	De 2 a 3 salários	2	Sim	HIPERTENSÃO
E5	F	65	EF	Casada	De 2 a 3 salários	1	Sim	DEPRESSÃO
E6	M	72	EF	Casado	Mais de 4 salários	1	Sim	HIPERTENSÃO
E10	F	68	EF	Viúva	Não informada	3	Sim	DOENÇAS CARDIOVASCULARES
E12	F	66	EM	Viúva	De 1 a 2 salários	3	Sim	HIPERTENSÃO, DIABETES E DOENÇAS CARDIOVASCULARES
E13	F	79	EF	Viúva	De 2 a 3 salários	3	Sim	HIPERTENSÃO
E15	F	78	EF	Viúva	De 1 a 2 salários	7	Sim	HIPERTENSÃO, DIABETES E DEPRESSÃO
E7	F	63	EF	Casada	Até 1 salário	2	Não	
E8	F	66	EM	Casada	Mais de 4 salários	3	Não	
E9	F	63	EF	Casada	Até 1 salário	2	Não	
E11	F	64	EM	Divorciada	De 1 a 2 salários	2	Não	
E14	F	74	EM	Divorciada	De 1 a 2 salários	6	Não	

A partir da análise de conteúdo de Bardin (2011), foi possível observar a emergência de três temáticas de destaque, de acordo com o roteiro de entrevista semiestruturada utilizado. As temáticas observadas foram: (1) pessoas ou instituições que os idosos participantes da pesquisa poderiam contar como rede de suporte social, em situações do dia a dia, bem como em situações difíceis; (2) a participação na comunidade e a importância da religiosidade e da espiritualidade como fator relevante de apoio e suporte social; (3) o impacto das medidas de isolamento social durante a pandemia de covid19 nas relações sociais previamente estabelecidas na comunidade.

Quando questionados a respeito da rede de suporte social, os idosos participantes da pesquisa, responderam, na sua maioria, que a família, como um todo, representa o primeiro ponto desta rede de suporte social; quando confrontados a respeito de quem, dentro da família, eles teriam mais afinidade para conversar sobre assuntos difíceis, ou sobre com quem poderiam contar em um momento de dificuldade, os participantes da pesquisa responderam que os filhos e as filhas, bem como os maridos; os quais, portanto, configuram-se como as principais pessoas de referência, quando o tema é apoio ou suporte em momentos de dificuldade. Apesar de em menor frequência de aparição, os vizinhos e amigos próximos também apareceram como figuras importantes desta rede de suporte social.

Família, as vezes a gente gosta de uma pessoa e ele não quer se entender (e15).

Filhos, as amigas ajudam, mas todas tem sua família (e13).

A filha que mora em Claudia. Nos trocamos conhecimento (e12).

Eu não falo com ninguém, mas se tiver, falo para a vizinha (e14).

Quando perguntados acerca da participação na comunidade, os participantes da presente pesquisa mencionaram que a religiosidade/espiritualidade representa, também, uma forma de apoio social, mencionando que podem contar com “Deus” e com “grupos de oração” para lidar com as suas angústias e ansiedades. É mencionado, inclusive, que em razão do isolamento social colocado pela pandemia de covid-19, a participação nestas atividades teve que ser cessada, para a sua própria segurança.

A igreja é muito importante pra mim, mas hoje eu já não vou muito por causa da pandemia (e15).

Vou confessar, peço opinião para o padre ou bispo. Tenho uma amiga, mas não conto tudo (e15).

Deus e Nossa Senhora (e13).

Com relação ao impacto do isolamento social nas relações sociais e interpessoais decorrente da pandemia de covid-19, os participantes da pesquisa relataram que, na sua maioria, deixaram de desenvolver atividades tanto na comunidade, como atividades externas ao seu domicílio de residência. Ainda, relatam que este isolamento teve um impacto importante na sua rotina de vida, sobretudo no que diz respeito à autonomia, desenvolvimento de atividades físicas, relações intrafamiliares bem como na alimentação. Um ponto importante a se ressaltar é que os participantes mencionam que se sentiram mais vulneráveis no período de isolamento social demandado pela pandemia de covid-19, uma vez que viram sua rede de suporte e apoio social se restringir. Além disso, relatam expectativa em voltar à vida que levavam antes, de sair para ir à igreja, visitar os familiares, frequentar o baile.

Eu estou vendo que a gente está convivendo mais junto, porque ele sempre foi um marido que viajou. No começo não foi fácil se acostumar com ele em casa, não foi fácil, porque eu estava sempre com as meninas, todo dia sozinha. Ele tinha que viajar senão a gente não comia, né (e1).

Hoje já me acostumei [com o isolamento social], o mais triste é isolar da família e15).

Estou loca pra ir aos bailes, não aguento mais! (e15).

Eu gosto [de sair], não vejo a hora de chegar nos meus 70 anos que vou fazer festa! (e12)

Envelhecer é um processo natural da vida do ser humano e, neste processo, tem-se observado que as características e perfil de envelhecimento tem mudado ao longo dos anos e dos séculos (CÍCERO, 2002). Além disso, é cada vez maior o período de longevidade do ser humano, sendo que, no Brasil, a expectativa de vida ao nascer é de 76 anos (IBGE SIDRA, 2019). Ainda, é um processo natural que não gera dificuldades, a não ser em casos de doenças, acidentes e problemas psicológicos, os quais precisam de

maior atenção e assistência (NASCIMENTO, 2015; BRASIL, 2007). Neste processo biológico, é comum o aparecimento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), tais como doenças cardíacas, diabetes e hipertensão, dado que, com a idade, o indivíduo altera sua capacidade de se adaptar ao meio ambiente, estando mais vulnerável e suscetível a processos patológicos (BRASIL, 2007; NASCIMENTO, 2015).

O presente estudo verificou que, da população idosa de Sinop-MT cadastrada nos sistemas do SUS, a hipertensão arterial foi a DCNT mais prevalente, seguida da diabetes e de doenças respiratórias. Neste sentido, Esperandio et al. (2013), identificaram que, entre 312 idosos de Mato Grosso, a prevalência de hipertensão arterial foi de 67,4%. No estudo de Pereira, Nogueira e Silva (2015) realizado no município nordestino de Canindé-CE, a partir de uma amostra de 372 idosos, os pesquisadores identificaram que hipertensão foi a doença mais mencionada, acometendo cerca de 46,2% da amostra, seguida da diabetes com 18% de prevalência, osteoporose 12,4%, ansiedade 11,8%, e doenças cardiovasculares 10,2%. E, no Rio Grande do Sul, em entrevista com 52 idosos de grupo de convivência, Machado et al. (2017) identificaram que idosos com idade entre 60 anos e 74, também apresentavam, como principal enfermidade crônica, a hipertensão arterial.

Ainda, as mudanças que acontecem devido à idade têm relação direta com a ocorrência de DCNT e aumento do grau de dependência do idoso, o qual perde sua autonomia e passa a ter mais dificuldade em realizar atividades básicas da vida cotidiana, apresentando danos às habilidades físicas, piora da qualidade de vida e aflição emocional do idoso e de seus cuidadores (TALMELLI et al., 2013; TINOCO E ROSA, 2015). Malta et al. (2019) destacam, em seu artigo, que as DCNT correspondem a 72% das causas de morte no país. As doenças cardiovasculares são as que mais levam a óbito, além de serem as maiores demandas financeiras com internações no sistema de saúde brasileiro, sendo o público idoso um dos mais representativos (MALTA et al., 2016). Dos 1.210.474 óbitos em 2013 registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 829.916 foram por DCNT, sendo que as doenças cardiovasculares estavam em primeiro lugar com 29,7% de óbitos; em segundo as neoplasias com 16,8%; 5,9% de doenças respiratórias crônicas; e 5,1% de diabetes. No agregado, essas quatro doenças representaram 85% dos óbitos por DCNT no Brasil (MALTA et al., 2019). Desta forma, destaca-se a importância de estudos cujo objetivo seja identificar o perfil de DCNT de determinada população para o

desenvolvimento de ações e estratégias direcionadas e personalizadas em promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças.

Neste sentido, buscando um dos aspectos fortalecidos por políticas públicas de saúde e que tem relação direta com a prevenção e redução da DCNT, está a atividade física (AF). Em seu estudo, Malta et al. (2015) buscaram descrever, entre 2006 e 2013, quais as tendências da população neste sentido e, em se tratando de idosos acima de 65 anos, os resultados mostram que o percentual de atividade física tem reduzido e somente 3% dos idosos da amostra praticam AF. Além disto, os resultados atestam indicadores de sedentarismo, como assistir TV por mais de três horas e deslocamento trabalho/escola, estabilizado. O conhecimento destes indicadores, portanto, permite aperfeiçoar as políticas voltadas à atividade física com vistas a reduzir os fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis. Além da atividade física, outros aspectos e programas são incentivados pelo governo por meio das Políticas de Saúde, buscando a prevenção e controle das DCNT, atingindo toda população, independente de classe, gênero ou localização geográfica (BRASIL, 2018).

O presente estudo verificou que apenas 2% dos idosos de SINOP cadastrados nos sistemas do município de SINOP-MT afirmaram ter todo o diagnóstico de algum transtorno mental, sendo a depressão o mais prevalente, entre estes 2% que informaram. O próprio processo de envelhecimento e as doenças que ocorrem nessa fase da vida, tendem a ser motivos para os quadros depressivos (HARTMANN JUNIOR; SILVA; BASTOS, 2009). A depressão é fortemente associada às DCNT como diabetes, síndrome coronariana ou acidente vascular cerebral (AVC), pois estas impactam na incapacidade, na qualidade de vida e na mortalidade do indivíduo (AYERBE et al., 2013; LICHTMAN et al., 2014). Especificamente, a insuficiência cardíaca, após o primeiro episódio, foi associada ao diagnóstico de depressão, devido à limitação para algumas atividades (PENA et al., 2011; LOSSNITZER et al., 2013). Além disso, a solidão, falta de apoio social e relações interpessoais, o luto e a depressão prévia, também são motivos para que os sintomas depressivos ocorram (WHO, 2012).

Os idosos são uma população que comumente costuma ter depressão, sendo com frequência subdiagnosticada e subtratada (MEDEIROS, 2010). Alguns trabalhos realizados estimam que cerca de 15% dos idosos apresentam sintomas de depressão e, em casos de estarem institucionalizados, essa prevalência aumenta (SANTANA; BARBOZA FILHO, 2007; PÓVOA et al., 2009; SIQUEIRA et al., 2009). Dentre as características

socioeconômicas dos idosos associadas à depressão, os estudos revelam que as mulheres são mais suscetíveis, principalmente devido à sobrecarga de funções na família, ao isolamento social e ao fator biológico de privação de estrogênio (GULLICH; DURO; CESAR, 2016). Outro fator de diferenciação foi a escolaridade (oito anos ou mais), sendo que, quanto maior o nível escolar, menor a tendência de a pessoa apresentar quadros depressivos, pois o acesso à saúde e os tratamentos médicos a que se submetem tendem a ser melhores (NOGUEIRA et al., 2014; FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010). No que se refere ao estado civil, as pesquisas identificam que ter um companheiro é um fator que protege da depressão, sendo que no estudo de Sass et al. (2012), os autores concluíram que os 77,5% dos indivíduos deprimidos não tinham um companheiro. Isso pode ser justificado pelo fato de um companheiro favorecer maior proteção psicossocial, apoio mútuo e auxiliar no enfrentamento de situações adversas.

Com relação ao suporte social, pode-se observar, na presente pesquisa, que os idosos entrevistados possuem uma rede de suporte social boa e que podem contar, em um primeiro momento, com a família, principalmente representado pela figura dos filhos e netos. Os vizinhos e amigos aparecem também como figuras significativas nessa rede de apoio e suporte social, bem como a presença da espiritualidade, mencionada pelos participantes desta pesquisa em forma de religiosidade. Em termos de classificação, os sistemas de suporte social são classificados em formais e informais. Quanto aos formais, destacam-se serviços como hospitais, atendimento em domicílio, capacitação de profissionais para atendimento do idoso e instituições de longa permanência. Como informais, são consideradas a família, amigos e relações vindas do trabalho, da inserção comunitária e de práticas sociais (SLUZKI, 1997; LEMOS; MEDEIROS, 2006).

Nos informais, a família é destacada devido à proximidade entre os indivíduos, pois é a família o contexto social mais próximo em que o idoso se insere e há o senso de identificação entre os indivíduos (ROSA, 2005). Gardner (2011) destaca, também, como informais os vizinhos e as relações de serviço que muitos idosos tem, citando motoristas de táxi, funcionários de lojas, supermercados, entre outros; e as relações com pessoas que não residem no bairro, sendo estas relações complementares à familiar e ao suporte denominado formal.

Neste contexto de apoio social, cabe destacar que existem também programas que treinam idosos que não apresentam limitações ou doenças crônicas, os quais auxiliam no suporte social de outros idosos. Um estudo feito por Davis et al. (1998) avaliou que, após

serem treinados por um período e orientados sobre assuntos ligados a exercício, nutrição, segurança doméstica, fumo, uso do álcool e medicações, os idosos que prestaram serviços de apoio a outros, também apresentaram melhora na saúde, o que fortalece a ideia de reciprocidade. Frick et al. (2004) estudaram a inserção de idosos como voluntários em escolas, tendo como resultado melhora na qualidade de vida dos idosos, gerando valorização do apoio social e redução nos gastos com médicos.

Segundo Guedes et al. (2017), a prática do apoio e do suporte social precisa ser percebida como uma forma de transformar o processo de saúde-doença do idoso, considerando sua realização pelo próprio idoso e por outros membros da sociedade, tais como familiares, amigos, vizinhos, grupos religiosos, profissionais de saúde e do serviço social e estudantes. Entretanto, alguns idosos, ao receberem apoio social, sentem-se mais dependentes e sem autonomia, o que pode gerar baixa da autoestima (RAMOS, 2002). É importante considerar, também, as questões de reciprocidade e equilíbrio entre o dar e receber, uma vez que o idoso pode sentir a falta de capacidade de retribuir o auxílio recebido, quando, então, o suporte social pode passar a ter efeitos negativos.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo, portanto, as conclusões não podem ser generalizadas para outras populações. Ainda, por tratar-se de pesquisa realizada em bases de dados públicos, é possível que tenha havido subnotificação de algumas DCNT, bem como de depressão e outros transtornos mentais. A estratégia de amostragem utilizada para o recrutamento dos idosos para a etapa qualitativa do estudo também se apresenta como uma limitação, uma vez que foram escolhidos por meio do processo de amostragem por conveniência, resultado das restrições impostas pelas medidas adotadas ao enfrentamento da pandemia de covid-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto às percepções sobre a evolução das DCNT da população do município de Sinop-MT, entende-se que:

1. embora a população de Sinop-MT ainda seja pequena em relação à do estado, há uma tendência de crescimento desta população;

2. a maioria dos idosos do município apresenta hipertensão e problemas cardíacos, o que vai ao encontro dos dados oficiais em nível estadual e nacional;

3. sobre a saúde mental, nos sistemas públicos do SUS, percebeu-se que os idosos não informam esta condição aos agentes de saúde, já nas entrevistas foi possível perceber que muitos idosos sentem a solidão da idade, especificamente neste momento de pandemia, porém mostram-se fortes em superar os dias mais tristes e seguem a rotina com alegria, buscando conexões sociais e familiares para isso;

4. quanto ao suporte social, constatou-se que, entre os entrevistados, há suporte social, principalmente de pessoas da família, como filhos e netos;

Assim, a partir da pesquisa de campo e da exploração de dados públicos realizada neste estudo, foi possível ampliar o conhecimento técnico a respeito do perfil de saúde da população de SINOP-MT, o que permitiu ter clareza da situação de um grupo seletivo de idosos no tange às DCNT e saúde mental, permitindo aplicações empíricas futuras no município por meio de ações e estratégias diretas e personalizadas de promoção de saúde e prevenção de agravos e de doenças.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATLAS BRASIL. Perfil. 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 22 out. 2019.

AYERBE, L.; AYIS, S.; WOLFE, C.D.; RUDD, A.G. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. **Br J Psychiatry**, 2013, v. 202, n. 1, p.14-21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23284148>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 2nd. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BAZELEY, P.; JACKSON, K. **Qualitative Data Analysis with Nvivo**. London: SAGE Publications, Inc., 2013.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://goo.gl/DxInqp>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CÍCERO, M. T. **Saber envelhecer e A amizade**. Porto Alegre: L&PM, 2002.

DAVIS, C.; LEVEILLE, S.; FAVARO, S.; LOGERFO, M. Benefits to volunteers in a community-based health promotion and chronic illness self-management program for the elderly. **J. Gerontol. Nurs.**, v. 24, n. 10, p. 16-23, 1998.

DUNCAN BB, STEVENS A, ISER BPM, MALTA DC, SILVA GA, MOURA L, et al. Mortalidade por Doenças Crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. *Saúde Brasil*. 2010. In: **Uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

ESPERANDIO E.M.; ESPINOSA, M.M.; MARTINS, M.A.S.; GUIMARÃES, L.V.; LOPES, M.A.L.; SCALA, L.C.N. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Rev bras geriatr gerontol.**, v. 16, n.3, p. 491-93, 2013.

FERNANDES, M.G.M.; NASCIMENTO, N.F.S.; COSTA, K.N.F.M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de

saúde. **Rev Rene Fortaleza**, 2010, v.11, n.1, p.19-27. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4464> . Acesso em: 25 fev. 2020.

FIOCRUZ. **Saúde do Idoso**. 2019. Disponível em: https://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/novo2/td_munic_5.php. Acesso em: 22 out. 2019.

FIOCRUZ. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**. SISAP IDOSO. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

FRICK, K. D.; CARLSON, M.C.;GLASS, T.A.; MCGILL, S.; REBOK, G.W.; CRYSTAL SIMPSON, C.; FRIED, L.P. Modeled cost-effectiveness of the experience corps Baltimore based on a pilot randomized trial. **J. Urban Health**, v. 81, n. 1, p. 106-117, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456137/>. Acesso em: 30 mar. 2020.

GARDNER, P. J. Natural neighborhood networks: important social networks in the lives of older adults aging in place. **J. Aging Stud.**, v. 25, n. 3, p. 263-271, 2011. Disponível em: <https://www.tib.eu/en/search/id/elsevier%3Adoi~10.1016%252Fj.jaging.2011.03.007/Natural-neighborhood-networks-Important-social/>. Acesso em: 12 abr. 2020.

GUEDES, Marcelo Barbosa Otoni Gonçalves; LIMA, Kenio Costa; CALDAS, Célia Pereira; VERAS, Renato Peixoto. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 27, no. 4, p. 1185–1204, Dec. 2017. DOI 10.1590/s0103-73312017000400017. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401185&lng=pt&tlng=pt.

GULLICH, I.; DURO, S.M.S.; CESAR, J.A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. 2016, v.19, n.4, p.691-701. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000400691&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 mar. 2020.

HARTMANN JUNIOR, A. P.; SILVA, R. A.; BASTOS, O. Idosos institucionalizados: relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 3, p. 19-30, 2009. Disponível em: [http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia-72\(3\)2009%20\(Cap.3\)\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia-72(3)2009%20(Cap.3)(OK).pdf). Acesso em: 15 mar. 2020.

IBGE SIDRA. **Estimativas de População**. 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579>. Acesso em: 20 out. 2019.

IBGE. **Indicadores**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/indicadores>. Acesso em 06 jan. 2020a.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Ana Amélia Camarano (Organizadora). Rio de Janeiro: Ipea, 2014. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.

LEMONS, N.; MEDEIROS, S.L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L., organizadores. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Koogan; 2006. p. 892-897.

LICHTMAN, J.H.; FROELICHER, E.S.; BLUMENTHAL, J.A.; CARNEY, R.M.; DOERING, L.V.; FRASURE-SMITH, N.; FREEDLAND, K.E.; JAFFE, A.S.; LEIFHEIT-LIMSON, E.C.; SHEPS, D.S.; VACCARINO, V.; WULSIN, L. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014, v.129, n.12, p.1350-69. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24566200>. Acesso em: 12 mar.2020.

LOSSNITZER, N.; HERZOG, W.; STÖRK, S.; WILD, B.; MÜLLER-TASCH, T.; LEHMKUHL, E.; LEHMKUHL, E.; ZUGCK, C.; REGITZ-ZAGROSEK, V.; PANKUWEIT, S.; MAISCH, B.; ERTL, G.; Gelbrich, G.; Angermann, C.E. Incidence rates and predictors of major and minor depression in patients with heart failure. **Int J Cardiol**. 2013, v.167, n.2, p.502-7.

MACHADO, W.D.; GOMES, D.F.; SIQUEIRA, L.F.; BRITO, M.C.C.; MOREIRA, A.C.A. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. **ReonFacema**, v. 3, n.2, p. 444-451, 2017. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194/106>. Acesso em: 15 jan. 2020.

MALTA DC, MERHY EE. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic Saúde Educ**, v. 14, n. 34, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262701991_The_path_of_the_line_of_care_from_the_perspective_of_non-transmissible_chronic_diseases. Acesso em: 15 dez. 2019.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.

MALTA, D.; ANDRADE, S.; SANTOS, M.; RODRIGUES, G.; MIELKE, G. Tendências dos indicadores de atividade física em adultos: Conjunto de capitais do Brasil 2006-2013. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5059>. Acesso em: 06 jan. 2020.

MALTA, D.C., MORAIS NETO, O.L., SILVA JUNIOR, J.B. 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. 425-438, Brasília, dez. 2011. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 jan. 2020.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 675-681, Oct. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2020.

MEDEIROS, J. M. L. **Depressão no idoso**. 2010. 31 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso%20no%20Idoso.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

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. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso>

NASCIMENTO, L.V. Tipos de Envelhecimento. In: In: KEDE, M.P.V.; SABATOVICH, O. **Dermatologia Estética**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

NOGUEIRA, E.L.; RUBIN, L.L.; GIACOBBO, S.S.; GOMES, I.; CATALDO NETO, A. Screening for depressivesymptoms in older adults in the Family Health Strategy, **Rev Saúde Pública**, 2014;48(3):368-77. Porto Alegre, Brazil:2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300368. Acesso em: 12 mar. 2020.

PALTASINGH, T.; TYAGI, R. Demographic Transition and Population Ageing: Building an Inclusive Culture. **Social Change**, v. 42, n. 3, p. 391–409, set. 2012.

PAPAPETROU, Evangelia; TSALAPORTA, Pinelopi. The impact of population aging in rich countries: What’s the future? **Journal of Policy Modeling**, vol. 42, no. 1, p. 77–95, Jan. 2020. DOI 10.1016/j.jpolmod.2019.12.002. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0161893820300028>.

PENA, F.M.; MODENESI, R.F.; PIRACIABA, M.C.; MARINS, R.M.; SOUZA, L.B.; BARCELOS, A.F.; SOARES, J. S. Prevalenceand variables predictive of depressive symptoms in patients hospitalized for heart failure. **Cardiol J**. 2011, v.18, n.1, p.18-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21305481>. Acesso: 2 mar. 2020.

PEREIRA, D.S.; NOGUEIRA, J.A. D.; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol.**, v. 18, n.4, p. 893-908, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt_1809-9823-rbagg-18-04-00893.pdf. Acesso em: 22 jan. 2020.

PÓVOA, T. R. Prevalência de depressão nos idosos institucionalizados na morada do idoso do Instituto de Gerontologia de Brasília. **Brasília Médica**, Brasília, DF, v. 46, n. 3, p. 241-46, 2009. Disponível em:

[http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/08_bsb_med_46\(3\)_2009_prevalencia_depressao.pdf](http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/08_bsb_med_46(3)_2009_prevalencia_depressao.pdf). Acesso em: 21 abr. 2020.

RAMOS, M.P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, v. 4, n. 7, p. 156-175, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

ROSA, T.E.C. **Determinantes do estado nutricional de idosos do município de São Paulo: fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo de vida** [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.

SANDELOWSKI, M. Sample size in qualitative research. **Research in Nursing & Health**, v. 18, n. 2, p. 179–183, abr. 1995. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/nur.4770180211>>.

SANTANA, A. J.; BARBOZA FILHO, J. C. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 134-146, 2007. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1400>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SASS, A.; GRAVENA, A.A.F.; PILGER, C.; MATHIAS, T.A.F.; MARCON, S.S. Depression in elderly enrolled in a control program for hypertension and diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.**, 2012, v.25, n.1, p. 80-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100014&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 10 mar. 2020.

SCHRAMM, J. M. de A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897–908, dez. 2004.

SEPLAN. Secretaria de Estado de Planejamento. **Caderno de Indicadores Demográficos Mato Grosso**. Coordenadoria de Métodos Estatísticos, de Pesquisa e de Indicadores. 2018.

SIQUEIRA, G. R. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 253-259, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a31v14n1.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

SUDHARSANAN, N; BLOOM, D.E. The **Demography of Aging in Low- and Middle-Income Countries: Chronological versus Functional Perspectives**. In: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Committee on Population; Majmundar MK, Hayward MD, editors. **Future Directions for the Demography of Aging: Proceedings of a Workshop**. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 Jun 26. 11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513069/>

TALMELLI, L. F. S. et al. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 219-225, 2013.

TINOCO A.L.A., ROSA C.O.B. **Saúde do Idoso**: Epidemiologia, aspectos nutricionais e processos do Envelhecimento. Ed Rubio. Rio de Janeiro: Rubio, 2015. 528p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conquering Depression**. 2012.

Disponível em:

<http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826.htm>.

Acesso em: 11 mar. 2020.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto às percepções sobre a evolução das DCNT e saúde mental da população do município de Sinop-MT, entende-se que a maioria dos idosos do município apresenta hipertensão e problemas cardíacos, o que vai ao encontro dos dados oficiais em nível estadual e nacional. Já sobre a saúde mental, nas entrevistas, foi possível perceber que muitos idosos sentem a solidão da idade, especificamente neste momento de pandemia, porém mostram-se fortes em superar os dias mais tristes e seguem a rotina com alegria, buscando conexões sociais e familiares para isso. Ficou evidenciado que, entre os entrevistados, há um suporte social, principalmente de pessoas da família, filhos e netos.

No que se refere ao impacto social desta pesquisa, observa-se que, apesar de Sinop ser um município novo que está em processo de crescimento socioeconômico, em termos de aplicação das políticas de saúde ainda pode ser considerado prematuro. Entende-se que, justamente por ser um município em desenvolvimento, esta pesquisa pode contribuir para que as políticas públicas voltadas à saúde passem a ser vistas de forma mais efetiva em Sinop e região, uma vez que a pesquisadora atua na área da saúde em órgão estadual.

Considerando que ainda não se dispunha de trabalhos com este perfil para Sinop e, enquanto servidora, é possível divulgar a pesquisa para que esta ganhe visibilidade e que, a partir dos resultados, sejam mais aplicados os programas de saúde existentes, levando, assim, a possíveis mudanças nos indicadores, especificamente na promoção da saúde do idoso.

Quanto às limitações desta pesquisa, deixa-se claro que o universo amostral pretendido era maior, porém, em condições de pandemia, isso não foi possível, considerando que os idosos são grupo de risco. Sugere-se que trabalhos futuros ampliem esta amostra, incluindo outras áreas da promoção de saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M.R.M; Oliveira. M.A.C.; Domingues, M.A.R.; Amendola, F.; Faccenda, O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, maio 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500030&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. Disponível em: http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf. Acesso em: 7 mar. 2020.

AMORIM, C.C.; PESSOA, F.S. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso**. São Luís, 2014. Disponível em: http://repocursos.unasus.ufma.br/provab_20142/modulo_10/und1/media/pdf/livro.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019.

ATLAS BRASIL. Perfil. 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/> . Acesso em: 22 out. 2019.

AYERBE, L.; AYIS, S.; WOLFE, C.D.; RUDD, A.G. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. **Br J Psychiatry**, 2013, v. 202, n. 1, p.14-21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23284148>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 2nd. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, T.B.; MAIA, E.R.; PAGLIUCA, L.M.F. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. **Rev Rene** [Internet], v.12, n.4. p. 732-41, 2011. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-682322?lang=fr>. Acesso em: 15 dez. 2019.

BAZELEY, P.; JACKSON, K. **Qualitative Data Analysis with Nvivo**. London: SAGE Publications, Inc., 2013.

BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 2 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 9.921, De 18 De Julho De 2019**. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm#art48. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 1 jan. 2019.

BRASIL. MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional Do Idoso**. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. 1ª edição. Brasília Reimpresso em maio de 2010. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://goo.gl/DxInqp>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Portaria MS n. 702 de 12 de abril de 2002**. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. 2002. Disponível em: [https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Port_%20702-2002-%20Min%20Saude-%20Redes%20Estaduais%20Assist%20Saude%20Idoso\(1\).pdf](https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Port_%20702-2002-%20Min%20Saude-%20Redes%20Estaduais%20Assist%20Saude%20Idoso(1).pdf). Acesso em: 29 dez. 2019.

BRASIL. **Portaria Nº 2.528 De 19 De Outubro De 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 2 dez. 2019.

- CARREIRA, L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2020.
- CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2 ed. NESCON UFMG. Belo Horizonte: 2013.
- CÍCERO, M. T. **Saber envelhecer e A amizade**. Porto Alegre: L&PM, 2002.
- CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Org.). **Psicofármacos**: consulta rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- COSTA, P.H.A., et al. O Ecomapa como ferramenta na formação para o trabalho em rede no campo de álcool e outras drogas. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 3, p. 669-681, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2020.
- DAVIS, C.; LEVEILLE, S.; FAVARO, S.; LOGERFO, M. Benefits to volunteers in a community-based health promotion and chronic illness self-management program for the elderly. **J. Gerontol. Nurs.**, v. 24, n. 10, p. 16-23, 1998.
- DUARTE, E. C., BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia. Serv. Saúde**, v.21, n.4, Brasília, 2012.
- DUNCAN BB, STEVENS A, ISER BPM, MALTA DC, SILVA GA, MOURA L, et al. Mortalidade por Doenças Crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. *Saúde Brasil*. 2010. In: **Uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- ESPERANDIO E.M.; ESPINOSA, M.M.; MARTINS, M.A.S.; GUIMARÃES, L.V.; LOPES, M.A.L.; SCALA, L.C.N. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Rev bras geriatr gerontol.**, v. 16, n.3, p. 491-93, 2013.
- FERNANDES, M.G.M.; NASCIMENTO, N.F.S.; COSTA, K.N.F.M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Rev Rene Fortaleza**, 2010, v.11, n.1, p.19-27. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4464> . Acesso em: 25 fev. 2020.
- FERNANDEZ-MAYOR ALAS, G. ; [GIRALDEZ-GARCIA, C.](#); [FORJAZ, M.J.](#); [ROJO-PEREZ, F.](#); [MARTINEZ-MARTIN, P.](#); [PRIETO-FLORES, M.E.](#) Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in community-dwelling older adults. **Int. Psychogeriatr.**, v. 24, n. 3, p. 425-438, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22059734>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- FERREIRA, M. A. S.; ALVES, V. P. Representação social do idoso do Distrito Federal e sua inserção social no mundo contemporâneo a partir da Internet. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 699-712, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000400009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 fev. 2020.

FIOCRUZ. **Saúde do Idoso**. 2019. Disponível em: https://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/novo2/td_munic_5.php. Acesso em: 22 out. 2019.

FIOCRUZ. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**. SISAP IDOSO. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

FLECK, M. P.; BERLIM, M. T.; LAFER, B.; SOUGEY, E.B.; PORTO, J.A.D.; BRASIL, M.A.; JURUENA, M.F.; HETEM, L.A. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 1, S7-S17, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003>. Acesso em: 10 mar. 2017.

FREITAS, R.P.A.; ANDRADE, S.C.; SPYRIDESC, M.H.C; MICUSSI, M.T.A.B.C.; SOUSA, M.B.C. IMPACTO do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n3/pt_0482-5004-rbr-57-03-0197.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

FRICK, K. D.; CARLSON, M.C.;GLASS, T.A.; MCGILL, S.; REBOK, G.W.; CRYSTAL SIMPSON, C.; FRIED, L.P. Modeled cost-effectiveness of the experience corps Baltimore based on a pilot randomized trial. **J. Urban Health**, v. 81, n. 1, p. 106-117, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456137/>. Acesso em: 30 mar. 2020.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. (2012) Perfil de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer Associado à Resiliência. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n.1, p. 150-157. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a17v21n1.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

GARDNER, P. J. Natural neighborhood networks: important social networks in the lives of older adults aging in place. **J. Aging Stud.**, v. 25, n. 3, p. 263-271, 2011. Disponível em: <https://www.tib.eu/en/search/id/elsevier%3Adoi~10.1016%252Fj.jaging.2011.03.007/Natural-neighborhood-networks-Important-social/>. Acesso em: 12 abr. 2020.

GUEDES, M.B.O.G.; Lima, K.C.; CALDAS, C.P.; VERAS, R.P. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis**, v. 27, n.04, 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2017.v27n4/1185-1204/>. Acesso em: 10 fev. 2020.

GUEDES, Marcelo Barbosa Otoni Gonçalves; LIMA, Kenio Costa; CALDAS, Célia Pereira; VERAS, Renato Peixoto. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 27, no. 4, p. 1185–1204, Dec. 2017. DOI 10.1590/s0103-73312017000400017. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401185&lng=pt&tlng=pt.

GULLICH, I.; DURO, S.M.S.; CESAR, J.A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. 2016, v.19, n.4, p.691-701. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000400691&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 mar. 2020.

HARTMANN JUNIOR, A. P.; SILVA, R. A.; BASTOS, O. Idosos institucionalizados: relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 3, p. 19-30, 2009. Disponível em: [http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia-72\(3\)2009%20\(Cap.3\)\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia-72(3)2009%20(Cap.3)(OK).pdf). Acesso em: 15 mar. 2020.

HOBBS, W. R.; BURKE, M.; CHRISTAKIS, N.A.; FOWLER, J.H. Online social integration is associated with reduced mortality risk. **PNAS**, p. 1-5, abr., 2016. Disponível em: <https://www.pnas.org/content/113/46/12980> .Acesso em: 10 abr. 2020.

IBGE SIDRA. **Estimativas de População**. 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579>. Acesso em: 20 out. 2019.

IBGE. **Indicadores**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/indicadores>. Acesso em 06 jan. 2020a.

IBGE. **Projeção população**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 06 jan. 2020.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Ana Amélia Camarano (Organizadora). Rio de Janeiro: Ipea, 2014. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.

JOHNSON, E. R.; CARSON, T.L.; AFFUSO, O.; HARDY, C.M.; BASKIN, M.L. Relationship between social support and body mass index among overweight and obese African American women in the rural deep south, 2011-2013. **Prev Chronic Dis**, v. 11, p. 14-34, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25539128> . Acesso em: 5 mar. 2020.

KALACHE, A.; GATTI, A. Active Ageing: A Policy Framework. **The Aging Male**, v. 5, n. 1, p. 1–37, 6 jan. 2002.

LEMONS, N.; MEDEIROS, S.L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L., organizadores. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Koogan; 2006. p. 892-897.

LICHTMAN, J.H.; FROELICHER, E.S.; BLUMENTHAL, J.A.; CARNEY, R.M.; DOERING, L.V.; FRASURE-SMITH, N.; FREEDLAND, K.E.; JAFFE, A.S.; LEIFHEIT-LIMSON, E.C.; SHEPS, D.S.; VACCARINO, V.; WULSIN, L. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American

Heart Association. *Circulation*. 2014, v.129, n.12, p.1350-69. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24566200>. Acesso em: 12 mar.2020.

LOSSNITZER, N.; HERZOG, W.; STÖRK, S.; WILD, B.; MÜLLER-TASCH, T.; LEHMKUHL, E.; [LEHMKUHL, E.](#); [ZUGCK, C.](#); [REGITZ-ZAGROSEK, V.](#); [PANKUWEIT, S.](#); [MAISCH, B.](#); [ERTL, G.](#); [Gelbrich, G.](#); [Angermann, C.E.](#) Incidence rates and predictors of major and minor depression in patients with heart failure. **Int J Cardiol**. 2013, v.167, n.2, p.502-7.

MACHADO, W.D.; GOMES, D.F.; SIQUEIRA, L.F.; BRITO, M.C.C.; MOREIRA, A.C.A. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. **ReonFacema**, v. 3, n.2, p. 444-451, 2017. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194/106>. Acesso em: 15 jan. 2020.

MAIA, C. M. L.; CASTRO, F.V.; FONSECA, A.M.G.; *FERNANDEZ, M.I.R.* Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*. **Revista INFAD de Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 293-303, 2016. Disponível em: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/279>. Acesso em: 3 abr. 2020.

MALTA DC, CASTRO AM. **Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde**. Boletim Técnico do SENAC, 2009; 35:63-71.

MALTA DC, MERHY EE. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic Saúde Educ**, v. 14, n. 34, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262701991_The_path_of_the_line_of_care_from_the_perspective_of_non-transmissible_chronic_diseases. Acesso em: 15 dez. 2019.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.

MALTA, D.; ANDRADE, S.; SANTOS, M.; RODRIGUES, G.; MIELKE, G. Tendências dos indicadores de atividade física em adultos: Conjunto de capitais do Brasil 2006-2013. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5059>. Acesso em: 06 jan. 2020.

MALTA, D.C. et al. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.6, pp.1683-1694. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601683&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 7 jan. 2020.

MALTA, D.C., MORAIS NETO, O.L., SILVA JUNIOR, J.B. 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. 425-438, Brasília, dez. 2011. Disponível em

<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2020.

MARQUES, C. A.; STEFANELLO, B.; MENDONÇA, C.N.;FURLANETTO, L.M. Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. **J Bras Psiquiatr**, v. 62, n. 1, p. 1-7, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852013000100001&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 abr. 2020.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 675-681, Oct. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2020.

MAZELLA, F.; CACCIATORE, F.; GALIZIA, G.; DELLA-MORTE, D.;ROSSETTI, M.; ABBRUZZESE, R.;LANGELLOTTO, A.; AVOLIO, D.; GARGIULO, G.;FERRARA, N.; RENGO, F.; ABETE, P. Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbity. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 51 (3), 323-328. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20153534>. Acesso em: 10 abr. 2020.

MEDEIROS, J. M. L. **Depressão no idoso**. 2010. 31 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso%20no%20Idoso.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

MELCHIORRE, M. G.; CHIATTI, C.; LAMURA, G.; TORRES-GONZALES, F.; STANKUNAS, M.; LINDERT, J.; IOANNIDI-KAPOLOU, E.; BARROS, H.; MACASSA, G.; SOARES, J.F.J. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people. **Seven European Countries.**, v. 8, issue 1, e54856, January 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3559777/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: < <http://goo.gl/YheCJk> >. Acesso em: 21 nov. 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. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso>

NASCIMENTO, L.V. Tipos de Envelhecimento. In: In: KEDE, M.P.V.; SABATOVICH, O. **Dermatologia Estética**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

NOGUEIRA, E.L.; RUBIN, L.L.; GIACOBBO, S.S.; GOMES, I.; CATALDO NETO, A. Screening for depressivesymptoms in older adults in the Family Health Strategy, **Rev Saúde Pública**, 2014;48(3):368-77. Porto Alegre, Brazil:2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300368. Acesso em: 12 mar. 2020.

NOGUEIRA, I.S.; BALDISSERA, V.D.A. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 2, Rio de Janeiro, 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000200211&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2020.

PALTASINGH, T.; TYAGI, R. Demographic Transition and Population Ageing: Building an Inclusive Culture. **Social Change**, v. 42, n. 3, p. 391–409, set. 2012.

PAPAPETROU, Evangelia; TSALAPORTA, Pinelopi. The impact of population aging in rich countries: What’s the future? **Journal of Policy Modeling**, vol. 42, no. 1, p. 77–95, Jan. 2020. DOI 10.1016/j.jpolmod.2019.12.002. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0161893820300028>.

PENA, F.M.; MODENESI, R.F.; PIRACIABA, M.C.; MARINS, R.M.; SOUZA, L.B.; BARCELOS, A.F.; [SOARES, J. S.](#) Prevalenceand variables predictive of depressive symptoms in patients hospitalized for heart failure.*Cardiol J.* 2011, v.18, n.1, p.18-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21305481>. Acesso: 2 mar. 2020.

PEREIRA, D.S.; NOGUEIRA, J.A. D.; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol.**, v. 18, n.4, p. 893-908, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt_1809-9823-rbgg-18-04-00893.pdf. Acesso em: 22 jan. 2020.

PÓVOA, T. R. Prevalência de depressão nos idosos institucionalizados na morada do idoso do Instituto de Gerontologia de Brasília. **Brasília Médica**, Brasília, DF, v. 46, n. 3, p. 241-46, 2009. Disponível em: [http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/08_bsb_med_46\(3\)_2009_prevalencia_depressao.pdf](http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/08_bsb_med_46(3)_2009_prevalencia_depressao.pdf). Acesso em: 21 abr. 2020.

RAMOS, M.P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, v. 4, n. 7, p. 156-175, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

ROSA, T.E.C. **Determinantes do estado nutricional de idosos do município de São Paulo: fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo de vida** [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.

SANDELOWSKI, M. Sample size in qualitative research. **Research in Nursing & Health**, v. 18, n. 2, p. 179–183, abr. 1995. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/nur.4770180211>.

SANTANA, A. J.; BARBOZA FILHO, J. C. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 134-146, 2007. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1400>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SASS, A.; GRAVENA, A.A.F.; PILGER, C.; MATHIAS, T.A.F.; MARCON, S.S. Depression in elderly enrolled in a control program for hypertension and diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.**, 2012, v.25, n.1, p. 80-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100014&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 10 mar. 2020.

SCHRAMM, J. M. de A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004.

SEHLO, M.G.; KAMFAR, H.Z. Depression and quality of life in children with sickle cell disease: the effect of social support. **BMC Psychiatry**, v. 15, p. 78, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25880537>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SEPLAN. Secretaria de Estado de Planejamento. **Caderno de Indicadores Demográficos Mato Grosso**. Coordenadoria de Métodos Estatísticos, de Pesquisa e de Indicadores. 2018.

SIQUEIRA, G. R. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 253-259, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a31v14n1.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

SOUZA, D.M.M. (Org). **A prática diária na estratégia Saúde da Família**. Editora UFJF, 2011.

SUDHARSANAN, N; BLOOM, D.E. **The Demography of Aging in Low- and Middle-Income Countries: Chronological versus Functional Perspectives**. In: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Committee on Population; Majmundar MK, Hayward MD, editors. **Future Directions for the Demography of Aging: Proceedings of a Workshop**. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 Jun 26. 11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513069/>

TALMELLI, L. F. S. et al. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 219-225, 2013.

TINOCO A.L.A., ROSA C.O.B. **Saúde do Idoso: Epidemiologia, aspectos nutricionais e processos do Envelhecimento**. Ed Rubio. Rio de Janeiro: Rubio, 2015. 528p.

TRAMUJAS VASCONCELLOS NEUMANN, L.; ALBERT, S. M. Aging in Brazil. **The Gerontologist**, v. 58, n. 4, p. 611-617, 13 jul. 2018.

PAPAPETROU, E.; TSALAPORTA, P. The impact of population aging in rich countries: What's the future? **Journal of Policy Modeling**, v. 42, n. 1, p. 77–95, jan. 2020.

UFRGS. **Telecondutas: Depressão**. Versão digital. TeleSaúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Depressao_20170428.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

VALER, D.B; BIERHALS, C.C.B.K; AIRES, M.; POSKULIN, L.M.G. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n. 4, Rio de Janeiro, 2015.

WATANABE, H.A.W, et al. **Rede de atenção à pessoa idosa**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social : Fundação Padre Anchieta, 2009.

WHITEFORD, H.A.; FERRARI, A.J.; DEGENHARDT, L.; FEIGIN, V.; VOS, T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the global burden of disease study 2010. **PLoS One**. 2015, v.10, n.2, 2015. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25658103>. Acesso em: 5 mar.2020.

WHO. World Health Organization. **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO. World Health Organization. **Towards age-friendly primary health care**. Genebra, World Health Organization. 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43030/9241592184.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

WHO. World Health Organization. **World report on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conquering Depression**. 2012. Disponível em: <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826.htm>. Acesso em: 11 mar. 2020.

APÊNDICE

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados sociodemográficos:

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade (anos de estudo):

Até 8 anos de estudo.

8 anos de estudo completos.

11 anos de estudo completos.

Mais de 11 anos de estudo.

Não estudou.

Estado civil:

() Viúvo(a) () Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado(a)

Origem da Renda Mensal: () Aposentadoria/ pensão () Trabalho Autônomo () Trabalho Informal () não tem renda

Valor da Renda Mensal Individual: R\$ _____

Quantidade de Filhos: _____

Perguntas norteadoras

1) Possui alguma dessas doenças?

() hipertensão () doenças cardíacas () doenças aparelho respiratório () diabetes () depressão () câncer

2) Toma medicação para esta condição? () sim () não

a) Por quanto tempo você convive com esta condição?

3) Como você percebe a sua saúde de uma maneira geral?

4) Como que você percebe as suas relações sociais e a sua rede de suporte social?

5)

a. Você mora:

sozinho, com esposo (a) seus filhos seus netos

b) Você frequenta atividades no seu bairro? sim não

c) Se sim, quais?

6) Como está sendo para você ficar mais velho?

7) Que mudanças você percebe nestes últimos anos relacionadas ao envelhecimento?

limitações de mobilidade visão e audição comprometidas doenças crônicas mudanças da postura mudanças estéticas redução da atividade sexual aumento da tristeza

8) Houve alguma perda com relação à sua autonomia?

sim não

9) Descreva estas perdas, cite alguns exemplos:

10) Você praticava atividade física? () sim () não

11) E agora, você pratica atividade física? () sim () não

12) Se sim, com que regularidade? _____

13) Como você se sente praticando (ou não praticando) atividade física?

14) Com relação à sua alimentação, você acredita que ela tenha relação com um envelhecimento mais saudável? () sim () não

15) Você gostaria de acrescentar algo mais?



ANEXOS

ANEXO A: APROVAÇÃO DO CEP-UNICESUMAR

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - UNICESUMAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PERFIL DOS IDOSOS, PREVALÊNCIA DAS DCNTS, DEPRESSÃO E O SUPORTE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE SINOP-MT: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DO PERÍODO DE 2010 A 2019.

Pesquisador: LUCAS FRANÇA GARCIA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35930820.6.0000.5539

Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.194.901

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo sobre a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis envolvendo idosos do município de Sinop-MT. o estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, quantitativa e exploratória, envolvendo dados primários e secundários. Os dados secundários, serão obtidos em sites oficiais como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) , Departamento de Informática do SUS (DATASUS) , Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) . Os dados primários serão obtidos por meio de entrevistas.Os dados quantitativos serão tabulados no Excel e serão utilizadas estatísticas descritivas e inferenciais, adequadas à distribuição de cada amostra e aos objetivos do estudo. Os dados qualitativos serão analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin (2011).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a evolução e prevalência das DCNT e saúde mental da população do município de Sinop-MT entre 2010 e 2019.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não são conhecidos riscos associados à sua participação nesta pesquisa, entretanto, poderá haver algum desconforto do participante por conta do tempo dispendido para responder as perguntas da

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso
Bairro: Jardim Acclimação **CEP:** 87.050-390
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3027-6360 **E-mail:** cep@unicesumar.edu.br

Continuação do Parecer: 4.194.901

entrevista semiestruturada.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, uma vez que a participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, poderá beneficiar futuras ações de educação e promoção em saúde em

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A magnitude das DCNT dentre as causas de mortalidade global e seus efeitos de risco dão grande relevância ao estudo proposto

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados e atendem às proposições desse Comitê de Ética

Recomendações:

Recomenda-se informar a esse CEP qualquer alteração que o projeto venha a sofrer, bem como, solicita-se, que sejam informados os resultados finais da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações. O projeto atende aos pressupostos da ética em pesquisa e está apto à aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1605057.pdf	31/07/2020 12:44:31		Aceito
Outros	INSTRUMENTOSCOLETA.pdf	31/07/2020 12:44:07	LUCAS FRANÇA GARCIA	Aceito
Outros	OficioMarciaMINTER.pdf	31/07/2020 12:43:54	LUCAS FRANÇA GARCIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	31/07/2020 12:43:42	LUCAS FRANÇA GARCIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_marcia_POSPDM.docx	31/07/2020 12:43:32	LUCAS FRANÇA GARCIA	Aceito
Declaração de	autorizacaoLocal.pdf	31/07/2020	LUCAS FRANÇA	Aceito

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso
Bairro: Jardim Aclimação **CEP:** 87.050-390
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3027-6360 **E-mail:** cep@unicesumar.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - UNICESUMAR



Continuação do Parecer: 4.194.901

concordância	autorizacaoLocal.pdf	12:43:06	GARCIA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	31/07/2020 12:42:34	LUCAS FRANÇA GARCIA	Aceito
Folha de Rosto	FRMarciaMINTER.pdf	31/07/2020 12:42:26	LUCAS FRANÇA GARCIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 05 de Agosto de 2020

Assinado por:

Sonia Maria Marques Gomes Bertolini
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso
Bairro: Jardim Aclimação **CEP:** 87.050-390
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3027-6360 **E-mail:** cep@unicesumar.edu.br