UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROFSAÚDE – ABRASCO/FIOCRUZ

CAMILA FREIRE BARRETO

NECESSIDADES EM SAÚDE, DE ACESSO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO NO TERRITÓRIO

Lagarto/SE

2026

Camila Freire Barreto

NECESSIDADES EM SAÚDE, DE ACESSO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO NO TERRITÓRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Dra Andrezza Marques Duque
Coorientador: Dr Marcus Valerius da Silva Peixoto

Lagarto/SE

2026

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CAMPUS DE LAGARTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

B273n

Barreto, Camila Freire.
Necessidades em saúde, de acesso e capacidade funcional de pessoas idosas na atenção primária: implicações para o cuidado no território / Camila Freire Barreto; orientadora Andrezza Marques Duque. – Lagarto, SE, 2026.
70 f. : il. color.

Dissertação (mestrado profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Sergipe, 2026.

1. Dinâmica populacional. 2. Saúde do idoso. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Idoso. I. Duque, Andrezza Marques, orient. II. Título.

CDU 364.65

Camila Freire Barreto

NECESSIDADES EM SAÚDE, DE ACESSO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO NO TERRITÓRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 23/07/2026

Banca Examinadora:

gov.br
Documento assinado digitalmente
ANDREZZA MARQUES DUQUE
Data: 25/09/2026 12:34:00-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____
Doutora, Andrezza Marques Duque (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco/Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família

gov.br
Documento assinado digitalmente
JULIA GUIMARAES REIS DA COSTA
Data: 26/09/2026 09:31:34-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____
Doutora, Júlia Guimarães Reis da Costa (Membro Externo)
Universidade Federal de Sergipe

gov.br
Documento assinado digitalmente
CATIA MARIA JUSTO
Data: 29/09/2026 12:31:33-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____
Doutora, Cátia Maria Justo (Membro Interno)
Universidade Federal de Sergipe/Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família

Lagarto/SE

2026

Dedico este trabalho ao SUS, espaço de cuidado e transformação, e aos meus pais, por serem a base do meu caminho, minha força e inspiração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, na presença do Espírito Santo, que foi meu sustento nos momentos de cansaço, dúvida e superação. Foi na fé que encontrei força para seguir, serenidade para compreender os desafios e coragem para concluir esta etapa tão importante da minha vida.

Aos meus pais (Jú e Walter), irmãos (Irmão e Igor) e cunhadas-irmãs (Jamylle e Juliana), Maria Clara (sobrinha), base do meu caminhar, por todo amor, incentivo e apoio incondicional. Ao meu namorado, Welington, pela parceria, compreensão, incentivo e presença constante ao longo dessa jornada. Agradeço a toda minha família e amigas pela torcida.

De forma muito especial, à minha segunda mãe Zefinha e à minha prima Izabel, juntamente com seu esposo Zé Raimundo, que me acolheram com tanto carinho em Simão Dias durante os períodos em que os encontros aconteciam em Lagarto. O cuidado e a generosidade de vocês foram fundamentais para que eu seguisse firme.

À minha orientadora, Dra. Andrezza Duque, e ao meu coorientador, Dr. Marcus Valerius, pela condução ética, sensível e comprometida, compartilhando conhecimentos e contribuindo de forma significativa para minha formação. Aos Professores do PROFSAÚDE, por transmitirem saberes que ultrapassam a teoria e fortalecem o compromisso com uma prática profissional crítica e transformadora. Aos colegas de mestrado, que se tornaram uma verdadeira família, unida, aguerrida e solidária diante dos desafios.

Ao Sistema Único de Saúde, por possibilitar não apenas a formação acadêmica, mas a transformação do profissional, fortalecendo o pertencimento ao território e o compromisso com uma saúde pública de qualidade.

À Secretária de Saúde Fernanda Santana, e a Secretária Adjunta Michelle Soraia, à Vanessa Menezes, e a todos os colegas de trabalho, pelo apoio, incentivo e compreensão durante este percurso.

À equipe da Estratégia de Saúde da Família da UBS Maria José Soares Figueiroa — Enfermeira Adriana, Dr. Arnaldo, Técnica de Enfermagem Elaine e as ACS's Valdirene, Crisley, Letícia, Alex, Dani — pela acolhida, parceria e disponibilidade na construção deste trabalho, especialmente nas discussões sobre o território. À Tassia, coordenadora do IAF, aos professores de Educação Física do instituto e às gerentes das UBS que contribuíram com a disponibilização dos espaços para a realização da pesquisa.

Às acadêmicas de Fonoaudiologia da UFS, Val e Larissa, pela parceria, dedicação e contribuição na aplicação dos questionários, sendo parte importante na concretização deste estudo. À Ivy, ex-residente do programa no qual tive a oportunidade de atuar como preceptora, por sua contribuição, apoio e por fazer parte desta construção.

À Vanessa Menezes pelo apoio e a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa caminhada, minha gratidão sincera. Este trabalho carrega mais do que resultados acadêmicos: carrega histórias, encontros, aprendizados e, sobretudo, o compromisso com a simplicidade, a responsabilidade social e o fortalecimento do SUS. Que eu siga honrando cada ensinamento recebido, com humildade, dedicação e fé.

A saúde se constrói no território, no encontro entre saberes, na escuta sensível e no compromisso com o outro. No SUS, cuidar é reconhecer a funcionalidade, as necessidades e a dignidade da pessoa idosa em sua integralidade.

(Autor desconhecido)

RESUMO

O envelhecimento populacional constitui um dos principais desafios para os sistemas de saúde contemporâneos, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), que desempenha papel estratégico na identificação das necessidades de saúde e na promoção da capacidade funcional da população idosa. No município de São Cristóvão, Sergipe, o aumento do número de pessoas idosas reforça a necessidade de produção de evidências capazes de subsidiar o planejamento das ações de cuidado e fortalecer a organização dos serviços de saúde. Este estudo teve como objetivo analisar as necessidades em saúde, o acesso aos serviços de saúde e a capacidade funcional das pessoas idosas comunitárias e propor estratégias para o cuidado qualificado no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de São Cristóvão, Sergipe. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, realizada com pessoas idosas (≥60 anos) acompanhadas por equipes da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores, incluindo variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde, hábitos de vida, inclusão digital e acesso aos serviços de saúde. Para avaliação da funcionalidade, foram utilizados dois instrumentos: o Índice de Katz (para avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária) e a Escala de Lawton e Brody (para avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária). Participaram do estudo 61 pessoas idosas, com predominância do sexo feminino (75,41%), faixa etária entre 60 e 69 anos (59,02%), baixa escolaridade (67,21%), renda familiar entre um e dois salários mínimos (81,97%) e elevada frequência de hipertensão arterial sistêmica (63,93%), diabetes mellitus (45,90%) e dislipidemia (44,26%). Quanto ao perfil farmacoterapêutico, 93,44% utilizavam entre um a quatro medicamentos, enquanto (6,56%) não realizavam tratamento farmacológico. Também foram identificadas dificuldades relacionadas à inclusão digital (37,70%), insegurança alimentar (18,03%) e limitações no acesso oportuno aos serviços de saúde, com apenas 45,90% dos participantes sendo atendidos no mesmo dia quando necessário. Observou-se independência para as Atividades Básicas da Vida Diária em 98,4% dos participantes e dependência parcial para as Atividades Instrumentais da Vida Diária em 39,3%. Como Produto Técnico Tecnológico, foi desenvolvida uma cartilha educativa voltada à promoção do autocuidado, da funcionalidade e do envelhecimento saudável, destinada às pessoas idosas, familiares, cuidadores e profissionais da APS. Espera-se que os resultados contribuam para o planejamento em saúde no cuidado às pessoas idosas do município, subsidiando ações para a educação continuada, a qualificação do cuidado e, consequentemente, para o fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora da rede, visando à promoção da saúde e o envelhecimento digno. Este Trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Palavras-chave: Envelhecimento populacional; Saúde da pessoa idosa; Atenção Primária à Saúde; Funcionalidade; Idoso.

ABSTRACT

Population aging represents one of the major challenges for contemporary health systems, particularly within the context of Primary Health Care (PHC), which plays a strategic role in identifying health needs and promoting the functional capacity of older adults. In the municipality of São Cristóvão, Sergipe, Brazil, the growing number of older adults highlights the need for evidence to support healthcare planning and strengthen the organization of health services. This study aimed to analyze the health needs, access to health services, and functional capacity of community-dwelling older adults and to propose strategies for qualified care within Primary Health Care in the municipality of São Cristóvão, Sergipe, Brazil. This is a descriptive study with a quantitative approach conducted among older adults (≥60 years) registered with Family Health Strategy teams. Data were collected using a structured questionnaire developed by the researchers, including sociodemographic, economic, health-related, lifestyle, digital inclusion, and healthcare access variables. Functional capacity was assessed using the Katz Index for Basic Activities of Daily Living (BADL) and the Lawton and Brody Scale for Instrumental Activities of Daily Living (IADL). A total of 61 older adults participated in the study, predominantly women (75.41%), aged between 60 and 69 years (59.02%), with low educational attainment (67.21%), family income ranging from one to two minimum wages (81.97%), and a high prevalence of systemic arterial hypertension (63.93%), diabetes mellitus (45.90%), and dyslipidemia (44.26%). Regarding the pharmacotherapeutic profile, 93.44% of participants reported using one to four medications, while 6.56% reported not using any medication. Difficulties related to digital inclusion (37.70%), food insecurity (18.03%), and limited timely access to health services were also identified, with only 45.90% of participants being attended on the same day when needed. Independence in Basic Activities of Daily Living was observed in 98.4% of participants, whereas 39.3% showed partial dependence in Instrumental Activities of Daily Living, indicating early signs of functional vulnerability. As the Technical-Technological Product, an educational booklet was developed to promote self-care, functional capacity, and healthy aging among older adults, family members, caregivers, and Primary Health Care professionals. It is expected that the findings will contribute to healthcare planning for older adults in the municipality by supporting continuing education initiatives, improving the quality of care, and strengthening Primary Health Care as the coordinator of the healthcare network, promoting health and dignified aging. This Master's Dissertation was developed within the Professional Master's Program in Family Health (PROFSAÚDE).

Keywords: Population aging; Older adult health; Primary Health Care; Functional capacity; Older adults.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

AVD - Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ELSI - Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros

ESF - Estratégia Saúde da Família

IA - Inteligência Artificial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI - Instituições de Longa Permanência para Idosos

IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20

LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

MPI - Medicamentos Potencialmente Inapropriados

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PROFSAÚDE - Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família

PTT - Produto Técnico Tecnológico

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFS - Universidade Federal de Sergipe

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2025.....30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e condições socioeconômicas das pessoas idosas…….....38

Tabela 2 – Caracterização de saúde e indicadores alimentares das pessoas idosas, ...41

Tabela 3 – Perfil de inclusão digital e autorrelato de declínio cognitivo das pessoas idosas….43

Tabela 4 – Percepção das pessoas idosas sobre assistência e do acesso aos serviços saúde…....45

Tabela 5 – Capacidade funcional em atividades básicas e instrumentais da vida diária das pessoas idosas……..…..47

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....16
1 INTRODUÇÃO.....17
2 OBJETIVOS.....20
2.1 Objetivo Geral.....20
2.2 Objetivos Específicos.....20
3 REVISÃO DE LITERATURA.....21
3.1 Envelhecimento populacional, envelhecimento saudável e capacidade funcional.....21
3.2 Capacidade funcional como indicador de saúde para a pessoa idosa 24
3.3 Atenção Primária à Saúde e o cuidado à pessoa idosa no território.....25
4 METODOLOGIA.....28
4.1 Desenho do estudo.....28
4.2 Local do estudo.....28
4.3 População e amostra.....29
4.4 Coleta de dados.....30
4.5 Processamento e análise dos dados.....32
4.6 Aspectos éticos.....32
4.7 Uso Ético de Inteligência Artificial.....33
CAPÍTULO 2.....34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....35
CAPÍTULO 3.....50
6 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO (PTT).....51
6.1 Apresentação do Produto.....51
6.2 Justificativa.....51
6.3 Objetivos do produto técnico tecnológico.....52
6.3.1 Objetivo geral.....52
6.3.2 Objetivos específicos.....52
6.4 Público-Alvo.....53
6.5 Processo de Construção.....53
6.6 Estratégia de Implementação e Potencial de Impacto.....53
CAPÍTULO 4.....55
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....56
REFERÊNCIAS.....58

APÊNDICE A — Roteiro de entrevista.....62
APÊNDICE B — Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....66
APÊNDICE C — Cartilha PTT (para impressão) 68
APÊNDICE D — QR Code da Cartilha PTT.....69
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética.....70

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui uma das mais significativas transformações demográficas observadas no século XXI, configurando-se como fenômeno global que produz profundas repercussões sociais, econômicas e sanitárias. Resultante da redução sustentada das taxas de fecundidade e mortalidade associada ao aumento da expectativa de vida, esse processo vem modificando de maneira acelerada a estrutura etária das populações em diversos países, especialmente nas nações em desenvolvimento. No Brasil, a transição demográfica ocorre em ritmo mais acelerado quando comparado aos países europeus, impondo desafios expressivos aos sistemas de proteção social e de saúde, que necessitam adaptar-se às demandas decorrentes do aumento da longevidade e da maior prevalência de condições crônicas de saúde (Beard *et al.,* 2016; Veras; Oliveira, 2018).

Segundo projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa brasileira continuará apresentando crescimento expressivo nas próximas décadas, consolidando um cenário caracterizado pelo aumento proporcional de pessoas com 60 anos ou mais. Esse fenômeno repercute diretamente sobre os serviços de saúde, especialmente pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis e, consequentemente, maior probabilidade de multimorbidades, fragilidade, incapacidade funcional e necessidade de cuidados contínuos e de longa duração (IBGE, 2023; Nunes *et al*., 2018).

Entretanto, a compreensão contemporânea do envelhecimento tem buscado ultrapassar perspectivas exclusivamente biomédicas. Nas últimas décadas, organismos internacionais e pesquisadores da área da Gerontologia têm defendido abordagens mais amplas e integradas, reconhecendo o envelhecimento como processo heterogêneo e influenciado por múltiplos determinantes biológicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais. Sob essa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) propôs o conceito de envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite bem-estar na velhice, deslocando o foco assistencial do controle de doenças para a preservação da autonomia, independência e participação social das pessoas idosas.

A capacidade funcional representa um dos pilares centrais desse novo paradigma. Diferentemente de modelos tradicionais que utilizam exclusivamente indicadores de morbidade e mortalidade para avaliação das condições de saúde, a funcionalidade permite compreender a

habilidade do indivíduo para realizar atividades consideradas significativas em seu cotidiano, preservando autonomia, independência e qualidade de vida. Assim, pessoas idosas podem apresentar uma ou mais doenças crônicas e, ainda assim, manter elevados níveis de funcionalidade, desde que disponham de recursos pessoais, familiares, comunitários e institucionais capazes de sustentar sua capacidade de adaptação às demandas impostas pelo envelhecimento (Beard *et al*., 2016).

A partir dessa perspectiva, a funcionalidade passou a ser reconhecida como um dos mais importantes indicadores de saúde da população idosa (Beard *et al.*, 2016; OMS, 2015). Sua avaliação engloba aspectos relacionados às Atividades Básicas da Vida Diária (AVD), que compreendem ações essenciais de autocuidado, como alimentação, banho, vestuário e higiene pessoal, bem como as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que envolvem tarefas mais complexas relacionadas à vida independente, incluindo administração financeira, uso de medicamentos, preparo de refeições, utilização de transporte e interação com tecnologias e serviços disponíveis na comunidade (Katz *et al*., 1963; Lawton; Brody, 1969).

A literatura demonstra que o comprometimento funcional, frequentemente, se manifesta inicialmente por meio de dificuldades nas AIVD, consideradas marcadores precoces de vulnerabilidade e fragilidade. Quando não identificadas e manejadas oportunamente, essas limitações podem evoluir para comprometimentos progressivos das AVD, aumentando o risco de dependência, institucionalização, hospitalizações recorrentes e mortalidade precoce (Lima-Costa *et al.,* 2018; Moraes *et al*., 2016). Nesse sentido, a avaliação funcional torna-se ferramenta estratégica para identificação precoce de necessidades de cuidado e planejamento de intervenções voltadas à manutenção da independência e da qualidade de vida.

Paralelamente às mudanças biológicas inerentes ao envelhecimento, os determinantes sociais da saúde exercem influência decisiva sobre o desempenho funcional e a qualidade de vida das pessoas idosas. Fatores como renda, escolaridade, condições de moradia, acesso aos serviços de saúde, inserção social e suporte familiar impactam diretamente as oportunidades de envelhecer com autonomia e independência. Nesse sentido, Marmot e Allen (2014) destacam que desigualdades sociais acumuladas ao longo do curso de vida produzem repercussões na saúde durante a velhice, contribuindo para ampliação das iniquidades em saúde.

Diante desse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização das ações voltadas à população idosa. Reconhecida internacionalmente como

principal porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora do cuidado, a APS possui potencial para desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, identificação precoce de vulnerabilidades, acompanhamento longitudinal e articulação intersetorial. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o principal modelo de operacionalização da APS, favorecendo o desenvolvimento de práticas territorializadas e centradas nas necessidades da população (Starfield, 2002; Mendes, 2012).

No município de São Cristóvão, Sergipe, o envelhecimento populacional acompanha a tendência observada nacionalmente, demandando respostas organizadas dos serviços de saúde para enfrentamento dos desafios associados às condições crônicas, à vulnerabilidade social e ao declínio funcional. Apesar da relevância do tema, ainda são escassas as investigações locais que analisem as demandas em saúde e a capacidade funcional da população idosa acompanhada pela Atenção Primária.

Considerando esse panorama, a presente pesquisa justifica-se pela necessidade de produzir evidências capazes de subsidiar o planejamento das ações de saúde voltadas à população idosa no município de São Cristóvão/SE, contribuindo para qualificação do cuidado, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e promoção do envelhecimento saudável. A identificação das principais necessidades em saúde e das condições de funcionalidade dessa população poderá orientar intervenções mais efetivas, alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006), da Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030 (OMS, 2021) e dos princípios do Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar as necessidades em saúde, de acesso aos serviços e a capacidade funcional das pessoas idosas comunitárias e propor estratégias para o cuidado qualificado no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de São Cristóvão, Sergipe.

2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar a população investigada segundo as variáveis sociodemográficas, condições de saúde, uso de medicamentos, hábitos de vida e acesso aos serviços de saúde;
- Identificar o nível de capacidade funcional das pessoas idosas do estudo;
- Elaborar uma proposta de cartilha educativa voltada às pessoas idosas, cuidadores e profissionais da Atenção Primária à Saúde para qualificação do cuidado à pessoa idosa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento populacional e necessidades em saúde da pessoa idosa

As mudanças do perfil demográfico resultaram em profundas implicações para os sistemas de saúde, as políticas de proteção social e a organização dos serviços assistenciais em escala global. Esse processo, resultante da redução das taxas de fecundidade e mortalidade associada ao aumento da expectativa de vida, vem modificando de maneira acelerada a estrutura etária das populações. Embora represente uma conquista decorrente dos avanços científicos, tecnológicos e sanitários, o envelhecimento também impõe desafios de ordem estrutural, demandando novos modelos de cuidado capazes de responder à crescente complexidade das necessidades dessa população (Beard *et al.*, 2016; Veras; Oliveira, 2018).

No Brasil, o processo de envelhecimento ocorre de forma acelerada quando comparado aos países desenvolvidos, que dispuseram de mais de um século para adaptar suas políticas públicas às mudanças demográficas. Segundo as Projeções Populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, elaboradas a partir do Censo Demográfico 2022 (2023), entre 2000 e 2023 a proporção de pessoas com 60 anos ou mais quase duplicou, passando de 8,7% para 15,6% - o que representa cerca de 33 milhões de indivíduos.

O município de São Cristóvão integra a Região Metropolitana de Aracaju e o envelhecimento populacional acompanha a tendência nacional. Segundo o Censo Demográfico 2022, o município contava com 95.612 habitantes, dos quais 10.271 possuíam 60 anos ou mais - correspondendo a 10,74% da população municipal -, com predominância do sexo feminino (5.840 mulheres; 56,86%) e maior concentração na faixa etária de 60 a 64 anos (3.723 indivíduos). As projeções indicam crescimento para 101.213 habitantes em 2025, reforçando a necessidade de planejamento das ações de saúde voltadas à população idosa no âmbito da Atenção Primária à Saúde (IBGE, 2023; IBGE, 2024).

Concomitantemente à transição demográfica, observa-se a transição epidemiológica, caracterizada pela redução relativa das doenças infectocontagiosas e pelo aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, alterações osteoarticulares e condições neurodegenerativas passaram a ocupar posição de destaque no perfil epidemiológico da

população idosa, frequentemente coexistindo em um mesmo indivíduo. Esse fenômeno, denominado multimorbidade, constitui um dos principais desafios para os sistemas de saúde contemporâneos devido à necessidade de acompanhamento contínuo e cuidado integral (Nunes *et al*., 2018).

Nesse contexto, a compreensão do envelhecimento ultrapassa a perspectiva biológica para abordagens que valorizam a funcionalidade e o bem-estar ao longo de toda a trajetória de vida. A Organização Mundial da Saúde consolidou o conceito de envelhecimento saudável, definido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita bem-estar durante a velhice (Beard *et al*., 2016). Essa abordagem desloca o foco da simples ausência de doenças para a capacidade do indivíduo de realizar atividades significativas e participar ativamente da sociedade.

Embora o envelhecimento seja um processo biológico universal, sua experiência ocorre de maneira heterogênea entre indivíduos e populações. As condições sociais, econômicas, culturais e ambientais acumuladas ao longo do curso da vida influenciam as oportunidades de acesso à educação, trabalho, renda, alimentação, moradia e serviços de saúde, repercutindo diretamente sobre desempenho funcional, autonomia e qualidade de vida durante a velhice (Marmot; Allen, 2014).

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde define esses determinantes como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo os fatores estruturais responsáveis pela distribuição desigual dos recursos e oportunidades na sociedade (OMS, 2008). Essa perspectiva amplia a compreensão do processo saúde-doença ao reconhecer que as condições de vida exercem influência tão importante quanto os fatores biológicos sobre a saúde das populações.

Entre os determinantes sociais mais relevantes para a saúde da pessoa idosa destaca-se a escolaridade. O acesso à educação ao longo da vida influencia diretamente a capacidade de obtenção, compreensão e utilização das informações relacionadas à saúde, contribuindo para maior autonomia no autocuidado e melhor utilização dos serviços disponíveis. Estudos demonstram que baixos níveis de escolaridade estão associados à maior prevalência de doenças crônicas, limitações funcionais e fragilidade, além de dificultarem a compreensão das orientações terapêuticas e a adesão aos tratamentos (Lima-Costa *et al*., 2018).

A renda também exerce papel fundamental sobre as condições de envelhecimento. Pessoas idosas com menor poder aquisitivo frequentemente enfrentam dificuldades relacionadas ao acesso à alimentação adequada, transporte, medicamentos, lazer e outros recursos necessários à manutenção da saúde e da qualidade de vida. As desigualdades econômicas acumuladas ao longo da vida tendem a produzir efeitos persistentes na velhice, contribuindo para maior ocorrência de incapacidades, vulnerabilidades e dependência funcional (Marmot; Allen, 2014).

Outro aspecto importante refere-se às redes de apoio social e aos arranjos familiares. O suporte oferecido por familiares, amigos e membros da comunidade desempenha papel protetor durante o envelhecimento, favorecendo o enfrentamento das limitações decorrentes das doenças crônicas e contribuindo para manutenção da autonomia. Em contrapartida, situações de isolamento social, solidão e fragilidade das redes de apoio encontram-se associadas ao aumento do risco de comprometimento funcional, sintomas depressivos e pior qualidade de vida **(**Sandy; Borim; Neri, 2023).

A segurança alimentar constitui outro determinante relevante para a saúde da população idosa. O acesso regular e permanente a alimentos adequados influencia diretamente o estado nutricional, a preservação da massa muscular e a manutenção da capacidade funcional. Em contrapartida, a insegurança alimentar encontra-se associada ao aumento do risco de desnutrição, sarcopenia, fragilidade e agravamento das doenças crônicas, configurando importante problema de saúde pública entre grupos socialmente vulneráveis (Malta *et al*., 2016).

Nos últimos anos, a inclusão digital passou a ser reconhecida como um novo determinante social da saúde. O avanço das tecnologias de informação e comunicação modificou significativamente a forma como os indivíduos acessam informações, utilizam serviços públicos e estabelecem relações sociais. Entretanto, parcela significativa da população idosa ainda enfrenta dificuldades relacionadas ao uso dessas tecnologias, seja em decorrência da baixa escolaridade, limitações cognitivas ou falta de acesso aos recursos digitais. Essa exclusão pode comprometer o acesso às informações em saúde, aos serviços eletrônicos e às oportunidades de participação social (UNECE, 2021).

Além das questões relacionadas ao acesso às tecnologias, a cognição desempenha papel fundamental na manutenção da autonomia e da independência funcional. Alterações cognitivas podem comprometer a capacidade de gerenciamento da própria saúde, dificultar a utilização

correta de medicamentos, limitar a participação social e aumentar a dependência para realização das atividades cotidianas. A literatura demonstra que o comprometimento cognitivo está frequentemente associado à maior vulnerabilidade funcional e à pior qualidade de vida durante o envelhecimento (Livingston *et al*., 2020).

É importante destacar que os determinantes sociais da saúde não atuam isoladamente, mas de forma interdependente e cumulativa ao longo da vida. Baixa escolaridade, renda insuficiente, insegurança alimentar e fragilidade das redes de apoio frequentemente coexistem e potencializam situações de vulnerabilidade. Dessa forma, compreender o envelhecimento a partir da perspectiva dos determinantes sociais permite identificar fatores que influenciam a funcionalidade e subsidia o planejamento de ações mais efetivas voltadas à promoção do envelhecimento saudável.

Nesse cenário, torna-se fundamental que os serviços de saúde reconheçam as múltiplas dimensões que influenciam a saúde da pessoa idosa. A identificação precoce das condições de risco social, econômico e cognitivo possibilita o desenvolvimento de estratégias capazes de reduzir desigualdades, fortalecer a autonomia e promover melhores condições de vida durante o envelhecimento.

Assim, a compreensão das múltiplas situações de maior suscetibilidade que permeiam o envelhecimento evidencia que a resposta às necessidades da população idosa exige serviços de saúde capazes de articular ações clínicas, preventivas e intersetoriais. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde assume papel estratégico na coordenação do cuidado e na implementação de políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável.

3.2 Capacidade funcional como indicador de saúde para a pessoa idosa

A capacidade funcional resulta da interação entre a capacidade intrínseca do indivíduo, os recursos disponíveis em seu ambiente e a forma como essas características se relacionam ao longo do tempo. Dessa forma, pessoas idosas podem apresentar doenças crônicas e ainda manter elevados níveis de funcionalidade, enquanto outras podem experimentar limitações importantes decorrentes de condições sociais, ambientais ou cognitivas desfavoráveis. Assim, a funcionalidade passa a ser reconhecida como um dos principais indicadores de saúde da pessoa idosa e elemento central para avaliação do envelhecimento saudável (OMS, 2015). A funcionalidade envolve a capacidade de executar atividades necessárias à vida cotidiana e

manter participação ativa na comunidade. Enquanto as Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) estão relacionadas ao autocuidado, as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) são consideradas tarefas mais complexas necessárias para vida independente. A preservação dessas capacidades encontra-se diretamente relacionada à manutenção da autonomia, independência e qualidade de vida durante o envelhecimento (Katz *et al*., 1963; Lawton; Brody, 1969).

A dependência funcional, especialmente nas AIVD, está associada a importantes desfechos negativos, incluindo pior qualidade de vida, maior risco de hospitalizações, institucionalização e sobrecarga familiar, além de aumento da demanda por serviços de saúde (Lima-Costa *et al.,* 2018). Ademais, fatores como multimorbidade, polifarmácia, sedentarismo e autopercepção negativa de saúde têm sido amplamente associados ao comprometimento da capacidade funcional em pessoas idosas (Medeiros *et al*., 2026; Nunes *et al*., 2018).

A literatura contemporânea aponta que a capacidade funcional deve ser considerada eixo central na avaliação da saúde da pessoa idosa, superando o modelo biomédico centrado exclusivamente na doença (OMS, 2021; Veras; Oliveira, 2018).

Dessa forma, compreender o envelhecimento a partir da perspectiva da capacidade funcional torna-se fundamental para o planejamento de ações voltadas à promoção do envelhecimento saudável. Mais do que prolongar a vida, o desafio contemporâneo consiste em garantir que os anos adicionais sejam vividos com autonomia, independência e participação social, permitindo que a população idosa mantenha sua independência funcional e qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

3.3 Atenção Primária à Saúde e o cuidado à pessoa idosa no território

O acelerado envelhecimento populacional brasileiro tem exigido a reorganização das práticas assistenciais e o desenvolvimento de modelos de cuidado capazes de responder às necessidades crescentes da população idosa. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica, por constituir o principal nível de atenção responsável pela coordenação do cuidado, acompanhamento longitudinal e desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e monitoramento das condições de saúde da população (Starfield, 2002).

A APS caracteriza-se por atributos essenciais que favorecem a atenção integral à pessoa idosa, incluindo acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Esses atributos permitem o acompanhamento contínuo das condições de saúde e funcionalidade dos indivíduos ao longo do tempo, favorecendo a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e o desenvolvimento de intervenções oportunas voltadas à manutenção da autonomia e da independência (Mendes, 2012).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o principal modelo de organização da Atenção Primária à Saúde. Sua atuação baseada na territorialização e no acompanhamento das famílias possibilita maior proximidade com a realidade social dos usuários, favorecendo a identificação das necessidades de saúde e das vulnerabilidades presentes no território. Essa característica assume especial relevância no cuidado à pessoa idosa, uma vez que fatores relacionados à renda, escolaridade, suporte social, funcionalidade e cognição influenciam diretamente o processo de envelhecimento e as demandas assistenciais dessa população (Brasil, 2006).

A atenção à saúde da pessoa idosa na APS exige uma abordagem ampliada, capaz de contemplar não apenas aspectos clínicos, mas também dimensões funcionais, cognitivas, emocionais e sociais. Nesse sentido, a avaliação multidimensional tem sido amplamente recomendada como estratégia para identificação precoce de fragilidades e planejamento de intervenções individualizadas. No âmbito brasileiro, o Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a APS, elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), sistematiza o uso do IVCF-20 e do Programa Integrado de Cuidados para Pessoas Idosas (ICOPE-OMS) como ferramentas de estratificação de risco e planejamento do cuidado na ESF (Moraes *et al.* 2016).

O reconhecimento da funcionalidade como eixo central do cuidado à pessoa idosa também está presente na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2.528 de 2006. A PNSPI reconhece a manutenção da capacidade funcional como objetivo prioritário das ações de saúde voltadas à saúde da população idosa e estabelece a funcionalidade como importante indicador para avaliação das condições de saúde. Dessa forma, a atenção deixa de estar centrada exclusivamente nas doenças e passa a priorizar a capacidade do indivíduo de realizar atividades significativas e manter participação ativa na comunidade (Brasil, 2006).

Complementando esse arcabouço normativo, o Estatuto da Pessoa Idosa, instituído pela Lei nº 10.741 de 2003, e atualizado pela Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022, consolidou importantes avanços na garantia dos direitos da população idosa brasileira. A legislação também reforça a necessidade de proteção integral, acesso prioritário e universal aos serviços de saúde, respeito à dignidade, promoção da participação social, reconhecendo a responsabilidade compartilhada entre Estado, família e sociedade na garantia de condições adequadas para o envelhecimento. Além de assegurar direitos relacionados à assistência à saúde, a legislação reforça a necessidade de proteção contra situações de negligência, discriminação, violência e exclusão social (Brasil, 2003).

Nos últimos anos, as discussões internacionais sobre envelhecimento foram fortalecidas pela implementação da Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030), iniciativa liderada pela Organização Mundial da Saúde. Essa estratégia global propõe ações voltadas à promoção da funcionalidade, combate ao idadismo, fortalecimento da atenção integrada e criação de ambientes favoráveis ao envelhecimento. A iniciativa reconhece que a saúde da pessoa idosa depende não apenas da assistência prestada pelos serviços de saúde, mas também das condições sociais, econômicas e ambientais que influenciam a capacidade funcional ao longo da vida (OMS, 2015).

Frente a esse panorama, o planejamento das ações voltadas à pessoa idosa deve considerar as características específicas de cada território e as necessidades identificadas na população acompanhada pelos serviços de saúde. O conhecimento das condições sociodemográficas, clínicas, funcionais e cognitivas das pessoas idosas permite direcionar intervenções mais efetivas e alinhadas às demandas locais. Assim, a produção de informações sobre o desempenho funcional, vulnerabilidades e necessidades em saúde torna-se ferramenta fundamental para qualificação da gestão e do cuidado ofertado pela Atenção Primária à Saúde.

Desse modo, a APS e as políticas públicas voltadas à pessoa idosa desempenham papel estruturante na promoção do envelhecimento saudável, na preservação da capacidade funcional e na redução das fragilidades associadas ao processo de envelhecimento. A articulação entre avaliação funcional, cuidado longitudinal, promoção da saúde e garantia de direitos constitui elemento essencial para construção de estratégias capazes de assegurar melhores condições de vida e bem-estar ao longo da trajetória de envelhecimento.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Estudo epidemiológico populacional, transversal, de caráter descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, realizado no município de São Cristóvão, Sergipe. A pesquisa descritiva se propõe a registrar e descrever os fatos observados. Busca-se descrever as características de determinada população e/ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (Prodanov, 2013). Deste modo, por meio de um levantamento epidemiológico, a pesquisa teve como foco principal coletar informações sobre capacidade funcional e as necessidades em saúde da população idosa atendida pela APS.

4.2 Local do estudo

O município de São Cristóvão, também conhecido como Cidade Mãe de Sergipe por ter sido a primeira capital do Estado sergipano, integra a Mesorregião do Leste Sergipano e a Microrregião Aracaju, perfazendo uma área territorial de 445,671 km² e tendo como municípios limítrofes: Aracaju (ao Leste), Nossa Senhora do Socorro, Laranjeiras e Areia Branca (ao Norte) e Itaporanga D'Ajuda (a Oeste e Sul). A cidade possui vegetação do tipo litorânea com resíduos de Mata Atlântica e Cerrado, sendo banhada pelo Rio Vaza Barris em sua sede, ficando próximo ao litoral e estendendo-se para o Oeste, com distância de 26 km da atual capital (São Cristóvão, 2021).

A gestão da saúde municipal organizou a distribuição dos estabelecimentos de saúde públicos em São Cristóvão, segundo bairro/povoado de endereço/localização em cinco macroáreas (São Cristóvão, 2021). A distribuição de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros estabelecimentos de saúde no município, organizados por Macroáreas (I a V) (...), revela uma rede de atenção primária e especializada distribuída geograficamente, com horários de atendimento variados e focos distintos de serviço. O município estrutura sua rede de saúde em cinco Macroáreas, visando à cobertura territorial e à oferta de serviços (São Cristóvão, 2026).

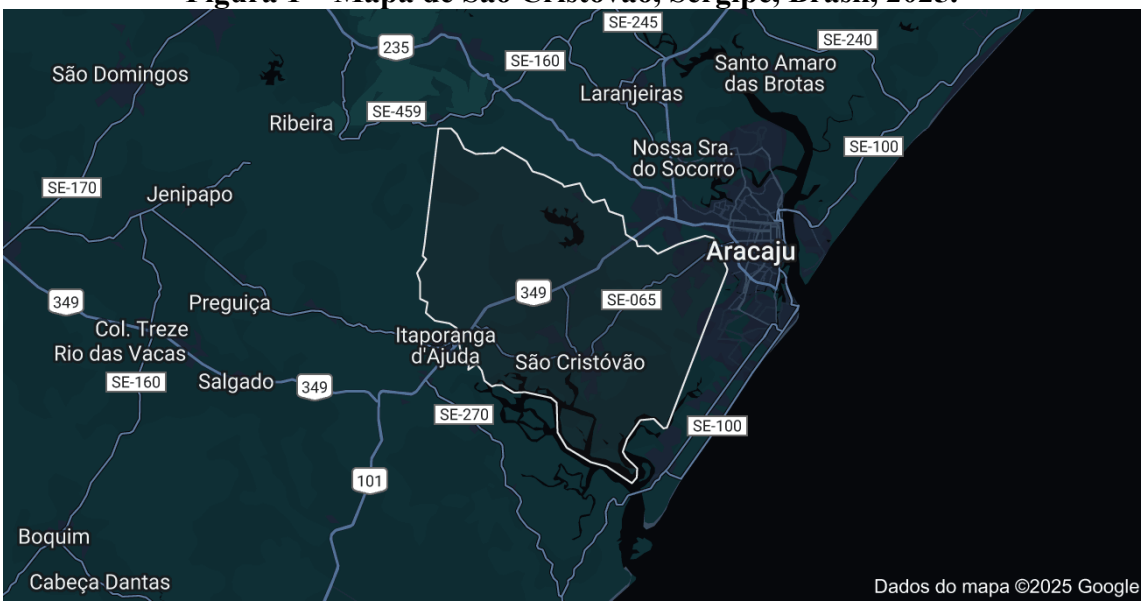
O número de equipes de ESF vinculadas à APS, segundo o Plano Municipal de Saúde (2026-2029), registrou um crescimento contínuo, passando de 24 em 2021 para 27 em 2024.

Consequentemente, a cobertura populacional aumentou de 79,89%, em 2021 para 103,40%, em 2024 (São Cristóvão, 2026). A superação de 100% na cobertura sugere que a capacidade instalada excede a população de referência usualmente associada a essas equipes, indicando uma ampla disponibilidade de acesso aos serviços de atenção primária.

A Administração Pública Municipal é a principal provedora de estabelecimentos de saúde, totalizando 33 unidades. Destacam-se os Centros de Saúde/Unidades Básicas, com 22 estabelecimentos, evidenciando o investimento na atenção primária, uma Central de Gestão em Saúde, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Pronto Atendimento, dois Polos Academia da Saúde e um Laboratório de Saúde Pública (São Cristóvão, 2026).

O estudo foi conduzido em Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de São Cristóvão/SE, que atendem à população idosa em diferentes contextos de vulnerabilidade e dependência.

Figura 1 – Mapa de São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2025.



Fonte: Google Maps.

4.3 População e amostra

A população-alvo foi composta por pessoas idosas residentes no município de São Cristóvão/SE. Neste estudo são consideradas pessoas idosas aquelas com idade igual ou superior a 60 anos, conforme o Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003).

Os critérios de inclusão foram: pessoas idosas com 60 anos ou mais, residentes no município de São Cristóvão e cadastradas em uma das UBS do município. Os critérios de exclusão foram: pessoas idosas institucionalizadas (em Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI, em abrigos ou casas de repouso); casos com diagnósticos de déficits cognitivos graves ou com dificuldades de comunicação sem presença de cuidador para intermediação da entrevista.

A amostra foi do tipo não probabilística, selecionada por conveniência, considerando a acessibilidade e disponibilidade dos participantes durante o período de coleta de dados, tanto nas unidades de saúde quanto nas atividades desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde.

Previamente à coleta definitiva dos dados, foi realizado estudo piloto em Unidades Básicas de Saúde localizadas em diferentes regiões do município. Essa etapa teve como objetivo avaliar a clareza das perguntas, adequar a linguagem do instrumento e aperfeiçoar os procedimentos de coleta, contribuindo para maior confiabilidade das informações obtidas.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados nas Unidades Básicas de Saúde no território rural e urbano do município, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Toda a coleta foi realizada pela pesquisadora principal e por uma equipe de pesquisadores devidamente treinados. No treinamento foram enfatizadas a importância do estudo e as características éticas da pesquisa. Inicialmente as entrevistas eram supervisionadas pela pesquisadora principal, com o objetivo de padronizar a abordagem e observar a aplicação correta do roteiro de entrevista.

A pesquisa de campo piloto foi iniciada em 06 de outubro de 2024, com visitas realizadas em doze UBSs, sendo uma localizada em cada macrorregião de saúde do município. Essa etapa teve como finalidade avaliar a aplicabilidade e a clareza do questionário, bem como testar a logística de campo, o tempo médio de aplicação e a receptividade dos participantes. As observações obtidas possibilitaram ajustes pontuais na linguagem e na sequência das perguntas, garantindo maior validade e fidedignidade ao instrumento final.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas conduzidas presencialmente com pessoas idosas acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde, método

amplamente utilizado em estudos de base populacional com populações idosas (Medronho *et al.*, 2009).

Para registro das informações foi utilizado questionário eletrônico desenvolvido na plataforma Zoho Forms®, acessado por dispositivos móveis durante a aplicação dos instrumentos. A utilização do formulário digital teve como objetivo reduzir possíveis erros de transcrição e inconsistências decorrentes da transferência manual das informações para planilhas eletrônicas, além de proporcionar maior padronização, segurança e agilidade no armazenamento dos dados coletados. O instrumento de coleta contemplou variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde, aspectos relacionados à alimentação, cognição, inclusão digital, autonomia e condições de vida da população idosa (APÊNDICE A).

A funcionalidade foi avaliada por meio do Índice de Katz, utilizado para mensuração das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), e da Escala de Lawton e Brody, destinada à avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Esses instrumentos são amplamente utilizados na atenção à saúde da pessoa idosa e reconhecidos por sua aplicabilidade na identificação precoce de limitações funcionais.

Os escores obtidos nos instrumentos de avaliação funcional foram categorizados em três níveis de dependência, conforme os critérios originais dos instrumentos. Para as AIVD, avaliadas pela Escala de Lawton e Brody (1969), foram considerados independentes os participantes com escore de 27 pontos, parcialmente dependentes aqueles com escores entre 10 e 26 pontos, e totalmente dependentes os participantes com 9 pontos. Para as AVD, avaliadas pelo Índice de Katz (Katz *et al.*, 1963), a classificação adotada foi: independente (6 pontos), parcialmente dependente (4 pontos) e totalmente dependente (2 pontos).

As entrevistas foram realizadas em UBS localizadas em áreas urbanas e rurais do município, bem como em atividades desenvolvidas nos territórios de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família. A participação ocorreu de forma voluntária, mediante esclarecimento prévio sobre os objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante o período de coleta foram observadas dificuldades relacionadas à adesão dos participantes, uma vez que parte das pessoas idosas convidadas optou por não participar da pesquisa. Além disso, verificou-se concentração da procura pelos serviços de saúde em horários

específicos, especialmente no início do turno da manhã, exigindo permanência prolongada da equipe de coleta nas unidades participantes para alcance do quantitativo de entrevistas planejado. Essas particularidades refletem desafios frequentemente encontrados em pesquisas realizadas no contexto da APS e junto à população idosa residente na comunidade.

4.5 Processamento e análise dos dados

Após a coleta, os dados foram submetidos a processo de conferência, codificação e organização em planilha eletrônica do Microsoft Excel®, utilizada para construção do banco de dados da pesquisa. Posteriormente, realizou-se a verificação da consistência das informações, identificação de possíveis erros de preenchimento, duplicidades e revisão das variáveis coletadas.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis numéricas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão, quando aplicável.

Os dados foram organizados em tabelas e analisados à luz da literatura científica relacionada ao envelhecimento populacional, capacidade funcional, determinantes sociais da saúde e Atenção Primária à Saúde, buscando compreender as condições de saúde e as vulnerabilidades da população idosa investigada.

4.6 Aspectos éticos

Aos participantes foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e assegurado, verbalmente, o esclarecimento das dúvidas, os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, caso o participante julgasse necessário.

A pesquisa foi desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde distribuídas entre áreas urbanas e rurais do município, contemplando diferentes territórios assistidos pela Atenção Primária à Saúde. A escolha desses cenários permitiu maior representatividade das condições de saúde, funcionalidade e vulnerabilidades presentes entre as pessoas idosas acompanhadas pelos serviços de saúde locais.

O estudo integra as ações desenvolvidas pelo Observatório de Saúde Coletiva, iniciativa voltada à produção de conhecimento científico, fortalecimento das ações de ensino, pesquisa e extensão e apoio ao planejamento de estratégias voltadas à melhoria das condições de saúde da população. A pesquisa contou com a participação de pesquisadores, estudantes bolsistas e voluntários vinculados ao Observatório, previamente capacitados para aplicação dos instrumentos e condução das entrevistas.

O projeto maior conta com financiamento específico, o que possibilitou a realização das etapas de coleta de dados no território e o desenvolvimento das atividades de pesquisa, contribuindo para a produção de conhecimento aplicado à realidade dos serviços de saúde. A vinculação a um estudo do tipo observatório fortalece a integração ensino-serviço e a produção de evidências aplicadas ao contexto da Atenção Básica.

4.7 Uso Ético de Inteligência Artificial

Foram utilizados recursos de inteligência artificial (IA) generativa na escrita da dissertação do mestrado, tendo como preceito ético as recomendações do uso de IA na pesquisa científica.

O uso teve o intuito de verificar duplicidade de palavras, correção de concordância e uso de conectivos de palavras entre textos, para avaliar essa correção do texto, estando alinhado ao que prevê à Portaria CNPq nº 2.664, de 6 de março de 2026 que institui a política de integridade na atividade científica do CNPq (https://www.gov.br/cnpq/pt-br/assuntos/noticias/cnpq-em-acao/cnpq-publica-portaria-que-institui-politica-de-integridade-na-atividade-cientifica).

O modelo de inteligência artificial generativa Claude (Anthropic, 2026) foi utilizado exclusivamente como ferramenta de suporte. Destaca-se que todo o conteúdo conceitual, interpretação dos resultados e conclusões desta pesquisa foram revisados, validados e são de inteira responsabilidade da pesquisadora autora.

CAPÍTULO 2

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da população estudada evidenciou predominância do sexo feminino (75,41%), resultado compatível com o fenômeno da feminização do envelhecimento observado no Brasil e em diversos países do mundo. Segundo Veras e Oliveira (2018), o aumento da expectativa de vida feminina constitui uma das principais características da transição demográfica contemporânea, refletindo diferenças biológicas, comportamentais e relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde.

Embora a maior longevidade represente importante conquista social, estudos demonstram que as mulheres frequentemente convivem, por períodos mais prolongados, com doenças crônicas e limitações funcionais, demandando maior acompanhamento pelos serviços de saúde (Beard *et al*., 2016). Cabe considerar, ainda, que a maior proporção feminina na amostra pode refletir diferenças no padrão de utilização dos serviços de APS, uma vez que dificuldades de saúde ou limitações funcionais podem constituir barreiras ao deslocamento de idosos do sexo masculino até as unidades de saúde.

No que diz respeito à faixa etária, observou-se maior recorrência de pessoas idosas entre 60 e 69 anos, correspondendo a 59,02% da amostra, enquanto aqueles com idade entre 70 a 79 anos representaram 36,07% e com menor frequência situaram-se os participantes a partir dos 80 anos, com 4,92%. A literatura indica que o avanço da idade está diretamente associado ao aumento da multimorbidade, fragilidade e dependência funcional, exigindo estratégias preventivas precoces na APS (Nunes *et al*., 2018; Lima-Costa *et al.,* 2018).

A maioria dos participantes era autodeclarada parda (70,49%), seguida por pessoas autodeclaradas pretas (14,75%), perfil compatível com as características demográficas da região Nordeste. A análise desse resultado deve considerar as desigualdades sociais historicamente construídas no contexto brasileiro, uma vez que grupos populacionais negros e pardos frequentemente apresentam maior exposição a condições socioeconômicas desfavoráveis ao longo da vida. Segundo Marmot e Allen (2014), as desigualdades sociais acumuladas repercutem diretamente sobre as condições de saúde durante o envelhecimento, influenciando o risco de adoecimento, fragilidade e perda funcional.

Em relação ao estado conjugal, observou-se maior frequência de pessoas idosas casadas ou em união estável (40,98%), seguidas por separadas ou divorciadas (22,95%) e viúvas (18,03%). Quanto à composição domiciliar, a maioria referiu morar com alguém (68,85%), enquanto 29,51% residiam sozinhos – dado que merece atenção, pois morar sozinho pode ampliar vulnerabilidades sociais e funcionais, especialmente quando associado à baixa renda e limitação funcional (Negrini *et al.,* 2018).

Embora a maioria dos participantes residisse com familiares ou outras pessoas, o percentual expressivo de indivíduos que viviam sozinhos evidencia fragilidade nas redes de apoio social. O suporte oferecido por familiares, amigos e membros da comunidade constitui fator protetor para a saúde da pessoa idosa, contribuindo para a adesão aos tratamentos, enfrentamento das limitações funcionais e redução do isolamento social. Em contraposição, a fragilidade ou ausência dessas redes pode comprometer a capacidade de enfrentamento de demandas relacionadas ao envelhecimento e ampliar situações de vulnerabilidade – incluindo o risco de depressão e declínio cognitivo. Sandy, Borim e Neri (2023), em estudo com amostra representativa de adultos e idosos brasileiros, identificaram que 16% dos participantes com 50 anos ou mais referiram sentimentos de solidão, e que aqueles que se sentiam sempre solitários apresentavam quatro vezes mais chances de desenvolver depressão.

No que se refere às condições socioeconômicas, verificou-se que a maioria das pessoas idosas possui renda familiar entre um e dois salários-mínimos (81,97%). A predominância de pessoas idosas com renda entre um e dois salários-mínimos evidencia limitações econômicas que podem repercutir diretamente sobre as condições de saúde. A insuficiência de recursos financeiros influencia o acesso à alimentação adequada, medicamentos, transporte e atividades de participação social, fatores reconhecidamente associados à manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida. Estudos demonstram que condições econômicas desfavoráveis acumuladas ao longo da vida estão relacionadas ao aumento do risco de fragilidade, incapacidade funcional e pior autopercepção de saúde durante o envelhecimento (Veras; Oliveira, 2018).

Grande parte das pessoas idosas apresentou baixos níveis de escolaridade: a maior parte dos participantes (67,21%) possuía até oito anos de estudo. Esses resultados refletem desigualdades estruturais observadas nas gerações mais antigas da população brasileira e demonstram a influência dos determinantes sociais sobre as condições de saúde durante o envelhecimento. Dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil)

demonstram que baixa escolaridade e renda insuficiente estão associadas à maior prevalência de doenças crônicas, pior autopercepção de saúde e maior vulnerabilidade funcional (Lima-Costa *et al*., 2018).

Essa condição impõe consequências concretas para o cuidado em saúde. Pessoas idosas com menor instrução formal apresentam maior dificuldade de compreensão das orientações terapêuticas, menor adesão ao tratamento, subutilização dos serviços disponíveis e reduzida capacidade de gerenciamento das próprias condições crônicas. Além disso, a baixa escolaridade constitui barreira relevante para o uso de tecnologias digitais em saúde, comprometendo o acesso a recursos cada vez mais presentes na organização dos serviços — como agendamentos eletrônicos, aplicativos de monitoramento e estratégias de teleatendimento. Dessa forma, a baixa escolaridade observada na população estudada não representa apenas um indicador socioeconômico, mas um fator de vulnerabilidade multidimensional com impacto direto sobre a autonomia e o autocuidado (Lima-Costa *et al*., 2018; Nunes *et al*., 2018).

Quanto à situação previdenciária e trabalhista, observou-se elevada proporção de aposentados (80,33%), resultado esperado considerando a faixa etária da população estudada. Entretanto, a presença de pessoas idosas desempregadas, autônomas ou ainda inseridas no mercado de trabalho evidencia a permanência de demandas econômicas mesmo após a aposentadoria. Tal condição pode refletir insuficiência de renda familiar e necessidade de complementação financeira, especialmente em famílias nas quais a aposentadoria da pessoa idosa constitui a principal fonte de sustento domiciliar.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e condições socioeconômicas das pessoas idosas, São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2026 (n = 61).

Variáveis	**N**	**%**
Sexo		
Masculino	15	24,59
Feminino	46	75,41
Faixa Etária		
60-69 anos	36	59,02
70-79 anos	22	36,07
80 anos ou mais	3	4,92
Raça/Cor		
Amarelo	3	4,92

Branco	4	6,56
Indígena	1	1,64
Pardo	43	70,49
Preto	9	14,75
NS/NR/Prefere não responder	1	1,64
Estado Conjugal		
Casado ou união estável	25	40,98
Solteiro	11	18,03
Viúvo	11	18,03
Separado ou divorciado	14	22,95
Co habitantes		
Mora com alguém	42	68,85
Mora sozinho	18	29,51
NS/NR/Prefere não responder	1	1,64
Escolaridade		
Nunca estudou/analfabeto (a)	4	6,56
Entre 1 e 4 anos	15	24,59
Entre 5 e 8 anos	22	36,07
Entre 9 e 11 anos	17	27,87
12 anos ou mais	3	4,92
Situação previdenciária e trabalhista		
Aposentado	49	80,33
Pensionista	5	8,20
Outros Benefícios	2	3,28
Empregado CLT	1	1,64
Autônomo	1	1,64
Desempregado	2	3,28
NS/NR/Prefere não responder	1	1,64
Renda do núcleo familiar		
Menos de 1 salário-mínimo	3	4,92
De 1 a 2 salários-mínimos	50	81,97
De 2 a 4 salários-mínimos	8	13,11

Fonte: Autoria própria com dados da pesquisa, São Cristóvão/SE, 2026

A análise das condições clínicas revelou elevada ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se hipertensão arterial sistêmica (63,93%), diabetes mellitus (45,90%) e dislipidemia (44,26%). Também foram observadas frequências relevantes de doença cardiovascular (21,31%), doença crônica da coluna (18,03%) e depressão (16,39%). Esses resultados corroboram o perfil epidemiológico descrito para a população idosa brasileira, marcado pela predominância de condições crônicas e pela coexistência de múltiplas morbidades (Nunes *et al.*, 2018).

A elevada frequência de hipertensão arterial observada neste estudo merece atenção especial por se tratar de um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e insuficiência renal. Da mesma forma, a expressiva prevalência de diabetes mellitus e dislipidemia reforça a necessidade de acompanhamento contínuo e desenvolvimento de ações voltadas à prevenção de complicações. Segundo a OMS (2015), o controle adequado dessas condições representa estratégia fundamental para preservação da funcionalidade e promoção do envelhecimento saudável.

Os achados também sugerem importante presença de multimorbidade entre os participantes. A coexistência de duas ou mais doenças crônicas tem sido associada ao aumento da utilização dos serviços de saúde, polifarmácia, fragilidade e comprometimento funcional. Estudos demonstram que a multimorbidade influencia diretamente a capacidade de realização das atividades cotidianas, contribuindo para a redução da autonomia e o aumento da dependência durante o envelhecimento (Beard *et al.*, 2016; Nunes *et al*., 2018).

Acerca do perfil farmacoterapêutico, verificou-se que 57 (93,44%) pessoas idosas utilizavam medicamentos, enquanto 4 (6,56%) relataram não realizar tratamento farmacológico. Considerando a amostra total (n = 61), observou-se que o número médio de medicamentos utilizados foi de 1,90 (DP = 1,04) fármacos por participante. Entre aqueles em tratamento medicamentoso (n = 57), a média foi de 2,04 (DP = 0,94) medicamentos. Nesse grupo, a quantidade utilizada variou de um a quatro fármacos, não sendo identificado nenhum participante com uso concomitante de cinco ou mais medicamentos, portanto, não foi identificada polifarmácia segundo o critério adotado neste estudo.

Andrade *et al.* (2024) descrevem essa condição como um importante desafio para o cuidado à pessoa idosa, por estar frequentemente associada à presença de múltiplas doenças crônicas, ao acompanhamento por diferentes especialidades médicas, à automedicação e à

utilização de terapias além daquelas estritamente necessárias para o manejo clínico. Além disso, os autores ressaltam que esse padrão terapêutico aumenta o risco de utilização de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI), interações medicamentosas, reações adversas e outros desfechos desfavoráveis à saúde. Assim, embora tenha sido observada elevada frequência de tratamento farmacológico na população investigada, evidenciou-se menor carga medicamentosa, sem ocorrência desse perfil terapêutico na amostra estudada.

No que se refere às condições alimentares, observou-se que a maior parte dos participantes referiu realizar três ou quatro refeições principais por dia, demonstrando relativa manutenção da rotina alimentar. Contudo, embora 95,08% tenham declarado satisfação com seus hábitos alimentares, identificou-se que 18,03% relataram que os alimentos acabaram antes de terem dinheiro para adquirir novos alimentos nos últimos três meses. Esse achado evidencia importante dimensão de vulnerabilidade socioeconômica e nutricional na população investigada.

A coexistência entre satisfação alimentar e insegurança alimentar parcial demonstra que a percepção subjetiva sobre alimentação nem sempre corresponde às reais condições nutricionais e socioeconômicas da população idosa. A literatura demonstra que a insegurança alimentar se encontra associada ao agravamento de doenças crônicas, pior estado nutricional, fragilidade, perda muscular, comprometimento funcional e pior qualidade de vida (Bof de Andrade *et al.,* 2018). A baixa renda interfere diretamente no acesso regular a alimentos saudáveis e adequados, sobretudo entre pessoas dependentes exclusivamente de aposentadorias e benefícios sociais. Esses achados reforçam a necessidade de incorporação do rastreio de insegurança alimentar como componente da avaliação multidimensional da pessoa idosa na APS.

Tabela 2 – Caracterização de saúde e indicadores alimentares das pessoas idosas, São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2026 (n = 61).

Variáveis	**N**	**%**
Morbidade crônica referida*		
Hipertensão	39	63,93
Diabetes Mellitus	28	45,90
Dislipidemia	27	44,26
Doença cardiovascular	13	21,31
Doenças na coluna	11	18,03
Depressão	10	16,39
Acidente Vascular Encefálico	4	6,56
Sem comorbidade	3	4,92

Número de medicamentos		
De 01 até 04 medicamentos	57	93,44
Não faz uso de medicamento	4	6,56
Quantidade de medicamentos de uso contínuo por idoso		
0 medicamentos	4	6,56
1 medicamento	20	32,79
2 medicamentos	19	31,15
3 medicamentos	14	22,95
4 medicamentos	4	6,56
Número de refeições principais por dia		
2 refeições	6	9,84
3 refeições	28	45,90
4 refeições	27	44,26
Ausência de dinheiro para comprar comida		
Sim	11	18,03
Não	50	81,97
Satisfeito (a) com seus hábitos alimentares		
Sim	58	95,08
Não	1	1,64
Às vezes	1	1,64
NS/NR/Prefere não responder	1	1,64

*Essa variável admite mais de uma reposta.
Fonte: Autoria própria com dados da pesquisa, São Cristóvão/SE, 2026

A caracterização relacionada à inclusão digital também evidenciou importante vulnerabilidade. Verificou-se que 37,70% dos participantes relataram dificuldade para utilizar celular, computador ou internet, enquanto apenas 42,62% utilizavam internet regularmente. Esses achados refletem a persistência de desigualdades digitais entre a população idosa e demonstram que parcela significativa dos participantes se encontra em situação de exclusão tecnológica. Segundo dados do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC, 2023), apenas 57% dos brasileiros com 60 anos ou mais acessavam a internet em 2022, com expressiva desigualdade associada à escolaridade e à renda — dado que contextualiza e reforça os achados locais do presente estudo.

A exclusão digital assume relevância ainda maior quando considerada a crescente incorporação das tecnologias aos serviços de saúde. Agendamentos eletrônicos, aplicativos de monitoramento, sistemas de informação e estratégias de teleatendimento passaram a integrar a rotina assistencial em diversos contextos. Nesse cenário, dificuldades relacionadas ao uso das

tecnologias podem limitar o acesso da população idosa aos recursos disponíveis e comprometer a utilização adequada dos serviços de saúde (Seifert; Cotten; Xie, 2021).

Em relação aos aspectos cognitivos, observou-se que parcela considerável dos participantes (36,07%) relatou episódios de esquecimento percebidos por familiares ou amigos, mas poucos relatos de piora da memória nos últimos meses (14,75%). Embora a maioria (65,57%) tenha informado que essas alterações não interferiam significativamente nas atividades cotidianas, parte das pessoas idosas referiu impacto sobre sua rotina diária (13,12%). Esses resultados reforçam a importância da avaliação cognitiva na Atenção Primária à Saúde, uma vez que alterações cognitivas podem representar importante fator de risco para perda funcional e aumento da dependência (Livingston *et al*., 2020).

A literatura demonstra que vulnerabilidades sociais, econômicas, cognitivas e digitais frequentemente coexistem e atuam de forma sinérgica ao longo do envelhecimento. Baixa escolaridade, renda insuficiente, insegurança alimentar e dificuldades relacionadas ao uso de tecnologias tendem a potencializar situações de fragilidade e comprometimento funcional. Dessa forma, os resultados encontrados reforçam a necessidade de abordagens integrais capazes de considerar as múltiplas dimensões que influenciam a saúde da pessoa idosa (Marmot; Allen, 2014; Lima-Costa *et al.*, 2018; Livingston *et al.*, 2020).

Nesse cenário, torna-se fundamental que os serviços de saúde reconheçam as múltiplas dimensões que influenciam a saúde da pessoa idosa. A identificação precoce das condições de risco social, econômico e cognitivo possibilita o desenvolvimento de estratégias capazes de reduzir desigualdades, fortalecer a autonomia e promover melhores condições de vida durante o envelhecimento. Assim, a compreensão dessas vulnerabilidades torna-se essencial para o planejamento de ações mais efetivas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a promoção do envelhecimento saudável e para a preservação da capacidade funcional da população idosa.

Tabela 3 – Perfil de inclusão digital e autorrelato de declínio cognitivo das pessoas idosas, São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2026 (n = 61).

Variáveis	**N**	**%**
Dificuldade em utilizar celular, computador ou Internet		
Sim	23	37,70
Às vezes	13	21,31
Não	20	32,79
NS/NR/Prefere não responder	5	8,20

Utilização de internet regularmente		
Sim	26	42,62
Às vezes	7	11,48
Não	24	39,34
NS/NR/Prefere não responder	4	6,56
Relato de familiar ou amigo sobre esquecimento pela pessoa idosa		
Sim	22	36,07
Às vezes	7	11,48
Não	32	52,46
Este esquecimento está piorando nos últimos meses		
Sim	9	14,75
Às vezes	5	8,20
Não	34	55,74
NS/NR/Prefere não responder	13	21,31
Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano		
Sim	7	11,48
Às vezes	1	1,64
Não	40	65,57
NS/NR/Prefere não responder	13	21,31

Fonte: Autoria própria com dados da pesquisa, São Cristóvão/SE, 2026.

A inclusão digital também emerge como tema relevante para o planejamento das ações em saúde. As dificuldades relatadas por parcela expressiva dos participantes para utilização de tecnologias digitais evidenciam a necessidade de desenvolvimento de estratégias voltadas à promoção do letramento digital da população idosa. Em um cenário caracterizado pela crescente digitalização dos serviços públicos e dos sistemas de saúde, a exclusão digital pode ampliar desigualdades e limitar o acesso às informações e aos recursos assistenciais. Dessa forma, iniciativas voltadas à inclusão digital podem contribuir para fortalecimento da autonomia, ampliação da participação social e melhoria do acesso aos serviços de saúde.

No tocante ao acesso aos serviços de saúde, observou-se que 80,33% dos participantes referiram possuir médico, enfermeiro ou serviço de referência quando adoecem ou necessitam de orientações em saúde. Esse resultado demonstra importante presença de vínculo com a APS e reafirma o papel da Estratégia Saúde da Família como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A longitudinalidade do cuidado constitui atributo essencial da APS e está diretamente relacionada à melhoria dos indicadores de saúde, redução de hospitalizações evitáveis e fortalecimento do cuidado integral (Starfield, 2002).

A análise dos dados relacionados aos aspectos cognitivos reforça a importância da avaliação multidimensional na Atenção Primária à Saúde. Alterações cognitivas, mesmo em estágios iniciais, podem comprometer a realização das atividades cotidianas, influenciar a adesão aos tratamentos e aumentar a dependência funcional. A identificação precoce dessas alterações permite o desenvolvimento de intervenções oportunas, acompanhamento mais próximo e fortalecimento das redes de apoio familiar e comunitária.

Contudo, apesar da existência desse vínculo assistencial, os dados revelaram fragilidades importantes relacionadas ao acesso oportuno aos serviços. Apenas 45,90% afirmaram ser atendidos no mesmo dia quando adoecem e procuram a Unidade Básica de Saúde, enquanto 32,79% referiram não conseguir atendimento oportuno. Além disso, 32,79% relataram dificuldades para marcação de consultas de revisão ou acompanhamento rotineiro. Esses resultados sugerem limitações organizacionais no processo de trabalho das equipes e possíveis dificuldades relacionadas à capacidade instalada dos serviços, demanda reprimida e organização do acolhimento.

Outro aspecto importante identificado foi o reconhecimento, pelos usuários, da presença de vínculo longitudinal com os profissionais da equipe. A maioria das pessoas idosas relatou que médicos e enfermeiros conhecem sua história clínica completa (75,41%), seus medicamentos em uso (78,69%) e seus principais problemas de saúde (73,77%). Esses resultados demonstram importante potencial da Estratégia Saúde da Família para produção de cuidado centrado na pessoa e fortalecimento da coordenação do cuidado no território.

Todavia, chama atenção que apenas 54,10% referiram que os profissionais saberiam identificar dificuldades relacionadas à obtenção ou pagamento de medicamentos. Esse dado revela possível fragilidade na abordagem dos determinantes sociais da saúde durante o acompanhamento clínico. O cuidado à pessoa idosa deve ultrapassar a dimensão biomédica, incorporando avaliação socioeconômica, suporte familiar e vulnerabilidades relacionadas ao acesso ao tratamento (Veras; Oliveira, 2018).

Tabela 4 – Percepção das pessoas idosas sobre assistência e do acesso aos serviços saúde, São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2026 (n = 61).

Variáveis	N	%
Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde		
Sim	49	80,33
Não	10	16,39

NS/NR/Prefere não responder	2	3,28
Procurou alguma ajuda ou conversou com alguém para resolver problema de saúde, nos últimos 30 dias		
Sim	27	44,26
Não	33	54,10
NS/NR/Prefere não responder	1	1,64
Tem convênio ou plano de saúde		-
Sim	9	14,75
Não	51	83,61
NS/NR/Prefere não responder	1	1,64
Quando a sua UBS está aberta e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia		
Sim	28	45,90
Às vezes	4	6,56
Não	20	32,79
NS/NR/Prefere não responder	9	14,75
É fácil marcar hora para uma consulta de revisão na UBS		
Sim	30	49,18
Às vezes	6	9,84
Não	20	32,79
NS/NR/Prefere não responder	5	8,20
O (a) "médico (a)/enfermeiro (a)" sabe quem mora com você		
Sim	37	60,66
Não	15	24,59
NS/NR/Prefere não responder	8	13,11
O (a) "médico (a)/enfermeiro (a)" sabe quais problemas são mais importantes para você		
Sim	45	73,77
Não	8	13,11
NS/NR/Prefere não responder	8	13,11
O (a) "médico (a)/enfermeiro (a)" conhece a sua história clínica		
Sim	46	75,41
Não	6	9,84
NS/NR/Prefere não responder	9	14,75
O (a) "médico (a)/enfermeiro (a)" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos		
Sim	33	54,10
Às vezes	3	4,92
Não	23	37,70
NS/NR/Prefere não responder	2	3,28
O (a) "médico (a)/enfermeiro (a)" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando		
Sim	48	78,69
Às vezes	2	3,28
Não	5	8,20
NS/NR/Prefere não responder	6	9,84

Fonte: Autoria própria com dados da pesquisa, São Cristóvão/SE, 2026.

A avaliação da capacidade funcional revelou resultados particularmente relevantes para os objetivos desta pesquisa. Em relação às Atividades Básicas da Vida Diária (AVD), observou-

se elevado grau de independência, com 98,4% dos participantes classificados como independentes. Esse resultado demonstra preservação da capacidade para realização das atividades essenciais de autocuidado, incluindo alimentação, higiene pessoal, vestuário, continência e mobilidade. A manutenção dessas capacidades constitui importante indicador de envelhecimento saudável e está diretamente relacionada à preservação da autonomia e da qualidade de vida (Katz *et al.,* 1963).

Entretanto, quando analisadas as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), verificou-se que 39,3% dos participantes apresentavam dependência parcial, enquanto 60,7% permaneceram independentes. As AIVD envolvem tarefas mais complexas relacionadas à vida comunitária e ao gerenciamento da própria rotina, incluindo utilização de transporte, administração financeira, preparo de refeições, uso correto de medicamentos e realização de compras. Segundo Lawton e Brody (1969), essas atividades geralmente são as primeiras a apresentar comprometimento durante o processo de declínio funcional.

O contraste entre a elevada independência para as AVD e a presença de dependência parcial para as AIVD sugere que parcela significativa da população estudada se encontra em estágio inicial de vulnerabilidade funcional. Esse resultado possui grande relevância para a Atenção Primária à Saúde, uma vez que demonstra a existência de oportunidade para implementação de ações preventivas antes do surgimento de incapacidades mais graves. Moraes *et al*. (2016) destacam que a identificação precoce de limitações nas atividades instrumentais permite o desenvolvimento de estratégias capazes de retardar o declínio funcional e preservar a independência por períodos mais prolongados (Lima-Costa *et al.*, 2018).

A literatura contemporânea sobre envelhecimento saudável destaca que a funcionalidade constitui um dos principais indicadores de saúde na velhice, sendo mais relevante do que a presença isolada de doenças crônicas. A Organização Mundial da Saúde define envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite bem-estar na velhice (OMS, 2015). Assim, os achados do presente estudo reforçam a importância de que as práticas assistenciais na Atenção Primária sejam reorganizadas com foco na funcionalidade, autonomia e manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa, e não apenas no controle de doenças.

Tabela 5 – Capacidade funcional em atividades básicas e instrumentais da vida diária das pessoas idosas, São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2026 (n = 61).

Capacidade Funcional	N	%
Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)		
Dependente parcialmente	24	39,3
Independente	37	60,7
Atividades Básicas da Vida Diária (AVD)		
Independente	60	98,4
Dependente parcialmente	1	1,6

Fonte: Autoria própria com dados da pesquisa, São Cristóvão/SE, 2026

As análises evidenciam que o envelhecimento da população investigada ocorre em um contexto permeado por importantes desigualdades sociais e econômicas, reforçando a influência dos determinantes sociais da saúde sobre as condições de vida, a capacidade funcional e a qualidade de vida das pessoas idosas. Nessa perspectiva, o envelhecimento não deve ser compreendido exclusivamente como resultado de alterações biológicas inerentes ao avanço da idade, mas como um processo complexo e multifatorial, influenciado pelas condições sociais acumuladas ao longo do curso da vida.

De acordo com diversos autores, fatores como escolaridade, renda, condições de moradia, acesso aos serviços de saúde, suporte social e segurança alimentar exercem papel determinante sobre a manutenção da autonomia, da independência funcional e das oportunidades de envelhecimento saudável, contribuindo para a produção ou redução das desigualdades em saúde observadas na velhice (Marmot; Allen, 2014; Lima-Costa *et al*., 2018).

Os resultados evidenciam que o envelhecimento da população acompanhada pela Atenção Primária à Saúde de São Cristóvão ocorre em um contexto marcado pela elevada carga de doenças crônicas, vulnerabilidades socioeconômicas e sinais iniciais de comprometimento funcional. Embora a maioria dos participantes mantenha independência para as atividades básicas da vida diária, a presença de limitações nas atividades instrumentais reforça a necessidade de ações voltadas à promoção da capacidade funcional, ao monitoramento da fragilidade e à prevenção da dependência, em consonância com os princípios do envelhecimento saudável e das políticas públicas destinadas à saúde da pessoa idosa (OMS, 2015; Brasil, 2006).

A elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e dislipidemia demonstra a importância da continuidade das ações de acompanhamento das condições crônicas realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, os resultados indicam que

o cuidado à pessoa idosa não deve limitar-se ao controle clínico das doenças, uma vez que a manutenção da autonomia constitui elemento central para promoção do envelhecimento saudável. Conforme destacado pela Organização Mundial da Saúde (2015), a funcionalidade representa um dos principais indicadores de saúde na velhice e deve orientar o planejamento das ações assistenciais.

A preservação da independência para as atividades básicas da vida diária observada entre os participantes constitui resultado positivo e sugere manutenção da capacidade de autocuidado. Contudo, a presença de dependência parcial para as atividades instrumentais da vida diária em parcela significativa da população estudada evidencia sinais iniciais de vulnerabilidade funcional. Esse resultado possui importante significado para os serviços de saúde, uma vez que demonstra a existência de oportunidade para implementação de intervenções preventivas antes da instalação de incapacidades mais graves. A identificação precoce dessas limitações possibilita o desenvolvimento de estratégias voltadas à preservação da autonomia, retardando a progressão do declínio funcional e reduzindo a necessidade de cuidados mais complexos no futuro (Moraes *et al*., 2016).

Os achados relacionados à escolaridade, renda e insegurança alimentar demonstram que as necessidades da população idosa extrapolam o campo estritamente biomédico. A presença de vulnerabilidades sociais pode comprometer a adesão aos tratamentos, dificultar o acesso aos recursos disponíveis e influenciar negativamente a capacidade funcional. Nesse sentido, torna-se fundamental que as equipes da Atenção Primária incorporem a avaliação dos determinantes sociais da saúde às práticas assistenciais, reconhecendo que fatores sociais e econômicos exercem influência direta sobre os resultados em saúde (Marmot; Allen, 2014).

A utilização rotineira de instrumentos de avaliação funcional e rastreamento de vulnerabilidades pode representar importante ferramenta para qualificação do cuidado ofertado à população idosa. A incorporação dessas avaliações ao processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família favorece a identificação precoce de riscos, o planejamento de intervenções individualizadas e a organização das ações de acordo com as necessidades identificadas no território.

Neste sentido, os achados desta pesquisa demonstram que a população idosa estudada apresenta importantes potencialidades relacionadas à preservação da independência para as atividades básicas da vida diária, mas também evidencia vulnerabilidades associadas às

condições socioeconômicas, cognitivas, digitais e funcionais. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecimento das ações desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde e evidenciam a importância de estratégias voltadas à promoção da funcionalidade, manutenção da autonomia e prevenção da dependência.

Ademais, os resultados obtidos fornecem subsídios importantes para elaboração de intervenções voltadas às necessidades identificadas no território, fundamentando a construção de um Produto Técnico Tecnológico (PTT) direcionado à promoção do envelhecimento saudável e à preservação da capacidade funcional da população idosa acompanhada pela Atenção Primária à Saúde do município de São Cristóvão.

CAPÍTULO 3

6 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO (PTT)

“Envelhecer com Saúde: guia prático para promoção da funcionalidade e autonomia da pessoa idosa no município de São Cristóvão – SE”

6.1 Apresentação do Produto

O Produto Técnico Tecnológico (PTT) desenvolvido neste estudo consiste em uma cartilha educativa intitulada "Envelhecer com Saúde: guia para promoção da funcionalidade e autonomia da pessoa idosa". O material foi elaborado a partir dos resultados obtidos na pesquisa realizada com pessoas idosas acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde do município de São Cristóvão, Sergipe.

A cartilha caracteriza-se como produto educacional e de comunicação em saúde, enquadrando-se na categoria de material didático voltado à promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do autocuidado. Sua construção está alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e da Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030), proposta pela Organização Mundial da Saúde bem como está alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas.

O material foi concebido como ferramenta de apoio às ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, visando contribuir para o fortalecimento da educação em saúde, da autonomia e da funcionalidade da população idosa, disponibilizado nas versões impressa e digital para que possam ser divulgadas em diversos ambientes de convivência dos idosos.

6.2 Justificativa

A elaboração deste Produto Técnico Tecnológico fundamenta-se nos resultados da presente pesquisa, que evidenciaram importantes necessidades em saúde, sobre o acesso e a capacidade funcional da população idosa do município de São Cristóvão. Os achados demonstraram elevada prevalência de doenças crônicas, especialmente hipertensão arterial sistêmica (63,93%), diabetes mellitus (45,90%) e dislipidemia (44,26%), além de limitações

relacionadas à funcionalidade, dificuldades de inclusão digital, vulnerabilidades sociais e presença de insegurança alimentar em parte dos participantes.

Observou-se ainda dependência parcial para realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária, aspecto que pode comprometer a autonomia e a independência funcional ao longo do envelhecimento. Tais resultados reforçam a necessidade de estratégias educativas acessíveis e adequadas à realidade da população idosa, capazes de promover o autocuidado, o letramento em saúde e a prevenção de incapacidades.

Nesse contexto, a cartilha foi desenvolvida como resposta prática ao problema identificado, buscando traduzir conhecimentos científicos em linguagem acessível e aplicável ao cotidiano das pessoas idosas, familiares, cuidadores e profissionais da Atenção Primária à Saúde.

6.3 Objetivos do produto técnico tecnológico

6.3.1 Objetivo geral

Desenvolver uma cartilha educativa destinada às pessoas idosas acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde, com foco na promoção da funcionalidade, autonomia, independência e envelhecimento saudável da população idosa do município de São Cristóvão – SE.

6.3.2 Objetivos específicos

- Promover o conhecimento sobre envelhecimento saudável e capacidade funcional;
- Incentivar práticas de autocuidado e prevenção de incapacidades;
- Orientar sobre alimentação saudável e prevenção da fragilidade;
- Estimular hábitos relacionados à preservação da memória e da cognição;
- Promover o uso seguro de medicamentos;
- Incentivar a prevenção de quedas e a manutenção da mobilidade;
- Fortalecer a inclusão digital e o acesso às informações em saúde;
- Divulgar direitos sociais e de saúde garantidos à pessoa idosa;

- Apoiar as ações educativas desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

6.4 Público-Alvo

O produto destina-se prioritariamente às pessoas idosas acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde do município de São Cristóvão, seus familiares e cuidadores. Entretanto, também poderá ser utilizado por profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, em geral dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Assistência Social como instrumento de apoio às atividades educativas individuais e coletivas.

6.5 Processo de Construção

A elaboração da cartilha orientou-se também pelo compromisso ético de combater o etarismo — termo que designa os estereótipos, preconceitos e práticas discriminatórias direcionados às pessoas com base na idade (OMS; OPAS, 2021). Em seu Relatório Mundial sobre o Idadismo*,* a Organização Mundial da Saúde reconhece o etarismo como um dos principais obstáculos ao envelhecimento saudável, por contribuir para o isolamento social, minar a autonomia e comprometer o bem-estar das pessoas idosas. Nessa perspectiva, o material foi concebido com linguagem direta, respeitosa e não paternalista, evitando representações que infantilizem ou limitem a capacidade de compreensão e de decisão da pessoa idosa. Reconhece-se que envelhecer é um processo singular e heterogêneo, e que a pessoa idosa é sujeito ativo de seu próprio cuidado — capaz de apreender novas informações, exercer escolhas e participar ativamente das decisões relacionadas à sua saúde. Dessa forma, a cartilha não pretende rotular ou homogeneizar a experiência do envelhecimento, mas oferecer subsídios que respeitem a diversidade, fortaleçam a autonomia e promovam uma relação de cuidado fundamentada no respeito à dignidade humana.

6.6 Estratégia de Implementação e Potencial de Impacto

A cartilha poderá ser utilizada durante consultas, visitas domiciliares, grupos educativos, salas de espera e demais ações desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde, ou outras atividades da RAS e da Assistência Social. Seu uso tem potencial para fortalecer o letramento em saúde, estimular hábitos saudáveis, ampliar o conhecimento sobre prevenção de agravos e contribuir para a preservação da autonomia e da funcionalidade da população idosa.

Além de sua aplicação no município de São Cristóvão, o produto apresenta potencial de adaptação e utilização por outros municípios e serviços de saúde que desenvolvam ações voltadas ao cuidado integral da pessoa idosa, fortalecendo a disseminação de práticas alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e da Década do Envelhecimento Saudável.

CAPÍTULO 4

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram identificar importantes necessidades em saúde da população idosa acompanhada pela Atenção Primária à Saúde no município de São Cristóvão, Sergipe, evidenciando um processo de envelhecimento marcado pela presença de doenças crônicas não transmissíveis, vulnerabilidades socioeconômicas e sinais iniciais de comprometimento funcional.

Observou-se predominância do sexo feminino, baixos níveis de escolaridade, renda familiar limitada e elevada frequência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e dislipidemia, características que refletem o atual perfil epidemiológico da população idosa brasileira. Embora a maioria dos participantes tenha apresentado independência para as Atividades Básicas da Vida Diária, a ocorrência de dependência parcial nas Atividades Instrumentais da Vida Diária demonstra a existência de vulnerabilidades funcionais que requerem monitoramento contínuo e intervenções precoces por parte das equipes de saúde.

Os achados também evidenciaram a influência dos determinantes sociais da saúde sobre o processo de envelhecimento, destacando a presença de insegurança alimentar, dificuldades de inclusão digital, limitações cognitivas percebidas e condições econômicas que podem comprometer a autonomia e a qualidade de vida. Esses resultados reforçam a necessidade de que a Atenção Primária à Saúde desenvolva ações que ultrapassem o modelo centrado na doença, incorporando a avaliação multidimensional e a funcionalidade como componentes essenciais do cuidado à pessoa idosa.

Outro aspecto relevante refere-se à necessidade de qualificação das ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos. Os resultados demonstram que grande parte dos fatores associados à vulnerabilidade funcional identificados neste estudo pode ser abordada por meio de ações educativas, estímulo à prática de atividade física, orientação nutricional, fortalecimento do autocuidado, acompanhamento das condições crônicas e monitoramento contínuo da manutenção da independência. Essas estratégias encontram-se alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e às recomendações da Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030).

Nesse contexto, o Produto Técnico Tecnológico desenvolvido, representado pela cartilha educativa voltada à promoção do autocuidado e do envelhecimento saudável, constitui uma estratégia de tradução do conhecimento científico para a prática dos serviços de saúde. Sua utilização por profissionais, pessoas idosas, familiares e cuidadores poderá contribuir para ampliação do letramento em saúde, fortalecimento da autonomia e prevenção de agravos relacionados ao envelhecimento.

Como implicações para a prática profissional, recomenda-se a incorporação sistemática da avaliação funcional nas rotinas da Estratégia Saúde da Família, o fortalecimento das ações de educação em saúde, a ampliação das estratégias de acompanhamento das condições crônicas e o desenvolvimento de intervenções voltadas à redução das vulnerabilidades sociais identificadas.

Entre as limitações do estudo destacam-se a utilização de amostragem por conveniência e a realização da coleta em usuários vinculados aos serviços de saúde, aspectos que podem limitar a generalização dos resultados. Entretanto, os achados fornecem subsídios relevantes para o planejamento local em saúde e para o fortalecimento das políticas públicas voltadas à população idosa.

Conclui-se que o envelhecimento da população estudada ocorre em um contexto de múltiplas vulnerabilidades que exigem respostas integradas, interdisciplinares e territorializadas. Dessa forma, a valorização da funcionalidade, da independência e dos determinantes sociais da saúde deve constituir eixo central das ações desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a promoção do envelhecimento saudável e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Raquel Coelho de *et al.* **Polifarmácia, medicamentos potencialmente inapropriados e a vulnerabilidade de pessoas idosas.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**,** Rio de Janeiro, v. 27, e230191, 2024. DOI: 10.1590/1981-22562024027.230191.pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/Fj83KxWRbk7wwHBNDq7tP9v/. Acesso em: 4 jul. 2026.

BEARD, J. R.; OFFICER, A.; DE CARVALHO, I. A.; SADANA, R.; POT, A. M.; MICHEL, J. P. *et al.* **The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing**. The Lancet*,* v. 387, n. 10033, p. 2145–2154, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4.

BOF DE ANDRADE, F.; DUARTE, Y. A. O.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; TORRES, J. L.; LIMA-COSTA, M. F.; ANDRADE, F. C. D. **Inequalities in basic activities of the daily living among older adults: ELSI-Brasil, 2015.** Revista de Saúde Pública**,** São Paulo, v. 52, supl. 2, 14s, 2018. DOI: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000617.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_idoso.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO (CETIC.br). **TIC Domicílios 2022: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros.** São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2023. Disponível em: https://cetic.br/pesquisa/domicilios/. Acesso em: 10 abr. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). ***Panorama do município de São Cristóvão*****.** Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/sao-cristovao/panorama. Acesso em: 05 jul. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 10 abr. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)**. Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação: revisão** *2024*. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 10 abr. 2025.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. **Studies of illness in the aged: the index of ADL**. JAM*A*, v. 185, n. 12, p. 914–919, 1963. DOI: 10.1001/jama.1963.03060120024016.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. **Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living.** The Gerontologist*, v*. 9, n. 3_Part_1, p. 179–186, 1969. DOI: 10.1093/geront/9.3_Part_1.179.

LIMA-COSTA, M. F.; ANDRADE, F. B.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; NERI, A. L.; DUARTE, Y. A. O.; CASTRO-COSTA, E.; OLIVEIRA, C. **The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): objectives and design.** American Journal of Epidemiology**,** v. 187, n. 7, p. 1345–1353, 2018. DOI: https://doi.org/10.1093/aje/kwx387.

LIVINGSTON, G.; HUNTLEY, J.; SOMMERLAD, A.; AMES, D.; BALLARD, C.; BANERJEE, S. *et al.* **Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission.** The Lancet*,* v. 396, n. 10248, p. 413–446, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.

MARMOT, M.; ALLEN, J. **Social determinants of health equity**. American Journal of Public Health*,* v. 104, supl. 4, p. S517–S519, 2014. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302200.

GOOGLE. Google Maps: São Cristóvão, Sergipe. 2025. Disponível em: https://www.google.com/search?q=mapa+de+s%C3%A3o+crist%C3%B3v%C3%A3o&rlz=1C1CHZN_pt-BRBR1022BR1023&oq=mapa+de+sao+cris&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqBwgBEAAYgAQyBggAEEUYOTIHCAEQABiABDIHCAIQABiABDIICAMQABgWGB4yCAgEEAAYFhgeMggIBRAAGBYYHjIICAYQABgWGB4yCAgHEAAYFhgeMggICBAAGBYYHjIICAkQABgWGB7SAQk2MjY2ajBqMTWoAgiwAgHxBXjLLYKCFo_M&sourceid=chrome&source=chrome.rb&ie=UTF-8. Acesso em: 05 abr. 2025.

MEDEIROS, A. C. S. *et al.* **Fatores associados às reações adversas a medicamentos em pessoas idosas.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 29, 2026. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/. Acesso em: 11 abr. 2026.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E. N.; CARMO, J. A.; MORAES, F. L.; AZEVEDO, R. S.; MACHADO, C. J.; MONTILLA, D. E. R. **Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil.** Revista de Saúde Pública, v. 50, 81, 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006963.

NEGRINI, E. L. D.; NASCIMENTO, C. F.; SILVA, A.; ANTUNES, J. L. F. **Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*,* Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 523–531, 2018. DOI: 10.1590/1981-22562018021.180101.

NUNES, B. P.; BATISTA, S. R. R.; ANDRADE, F. B.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LIMA-COSTA, M. F.; FACCHINI, L. A. **Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil**. Revista de Saúde Pública*, v. 52*, supl. 2, 10s, 2018. DOI: 10.11606/s1518-8787.2018052000637.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde.** Genebra: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/186468. Acesso em: 25 mai. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030: baseline report**. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900. Acesso em: 10 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Redução das desigualdades de saúde em uma geração: a equidade em saúde através da ação sobre os determinantes sociais da saúde — relatório final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Genebra: OMS, 2008. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório mundial sobre o idadismo: resumo executivo. Genebra: OMS, 2021.** Disponível em: https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240020504. Acesso em: 04 jul. 2026.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013.

SANDY, P. A.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. **Solidão e sua associação com indicadores sociodemográficos e de saúde em adultos e idosos brasileiros: ELSI-Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 7, e00213222, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT213222.

SÃO CRISTÓVÃO (SE). Prefeitura Municipal de São Cristóvão. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025.** Secretaria Municipal de Saúde, 2021. Disponível em: https://anexos.saocristovao.se.gov.br/storage/files/62/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE%20DE%20S%C3%83O%20CRIST%C3%93V%C3%83O%20-%202022-2025.pdf. Acesso em: 20 mar. 2025.

SÃO CRISTÓVÃO (SE). Prefeitura Municipal de São Cristóvão. **Plano Municipal de Saúde 2026-2029.** Secretaria Municipal de Saúde, 2026. Disponível em: https://anexos.saocristovao.se.gov.br/storage/files/18/transparencia/RONY/PLANO_MUNICIPAL_DE_SAUDE.pdf. Acesso em: 20 mai. 2026.

SEIFERT, A.; COTTEN, S. R.; XIE, B. **A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of COVID-19**. The Journals of Gerontology: Series B, v. 76, n. 3, p. e99–e103, 2021. DOI: https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa098.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE (UNECE). **Ageing in the Digital Era**. Policy Brief on Ageing, n. 26. Geneva: UNECE, 2021. Disponível em: https://unece.org/sites/default/files/2021-07/PB26-ECE-WG.1-38_0.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

VERAS, R.; OLIVEIRA, M. **Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04722018.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA - SAÚDE DO IDOSO

Questionário Número:
Entrevistador:
Data da entrevista:_____/_____/_____

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

Nome:	
Endereço:	
CEP:	Bairro:
Telefone:	Data de Nascimento:
UBS:	

B) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

01) Sexo	(1) Masculino	(2) Feminino

02) Gênero: (1) Mulher cisgênero (2) Homem cisgênero (3) Mulher transgênero (4) Homem transgênero (5) Pessoa não binária / Gênero fluido / Outra identidade (99) NS/NR

03) Raça/cor: (1) Amarelo (2) Branco (3) Indígena (4) Pardo (5) Preto (99) NS/NR/Prefere não responder

04) Estado conjugal: (1) Casado ou união estável (2) Nunca se casou ou morou com companheiro/Solteiro (3) Viúvo (4) Separado ou divorciado (99) NS/NR/Prefere não responder

05) O(a) senhor(a) já usou ou usa algum tratamento natural no cuidado à saúde, diferente do remédio de farmácia? (1) sim (2) Às vezes (3) não (99) NS/NR/Prefere não responder

06) Co-habitantes (1) Mora com alguém (2) Mora sozinho **(**99) NS/NR/Prefere não responder

07) Com quem mora:

	Sim	Não		Sim	Não
Esposo (a) /companheiro (a)	(1)	(2)	Irmão (a)	(1)	(2)
Filho(a)	(1)	(2)	Outros parentes	(1)	(2)
Pais	(1)	(2)	Amigo (a)	(1)	(2)
Neto (a)	(1)	(2)	NS/NR/Prefere não responder	99	

08) Escolaridade (Anos de estudo): (1) Nunca estudou /analfabeto (a) (2) Entre 1 e 4 anos (3) Entre 5 e 8 anos (4) Entre 9 e 11 anos (5) 12 anos ou mais (99) NS/NR

09) Situação Previdenciária ou Trabalhista: (1) Aposentado (2) Pensionista (3) Outros Benefícios (4) Empregado CLT (5) Estagiário (6) Autônomo (7) Empregada Doméstica (8) Desempregado (99) NS/NR/Prefere não responder
10) Renda Familiar (1SM – R$1.518,00): (1) Menos de 1SM (2) De 1 a 2 SM (3) De dois a quatro SM (4) Mais de 4 SM (5) Sem renda (99) NS/NR/Prefere não responder

C) CONDIÇÕES DE SAÚDE E INDICADOR ALIMENTAR

11) Saúde auto percebida: (1) Muito Boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito Ruim (99) NS/NR/Prefere não responder

12) Morbidade crônica auto referida					
	Sim	Não		Sim	Não
Hipertensão (Pressão Alta)	(1)	(2)	Doença Crônica da Coluna	(1)	(2)
Diabetes Mellitus	(1)	(2)	Depressão	(1)	(2)
Dislipidemia/ colesterol alto	(1)	(2)	Insuficiência Renal Crônica	(1)	(2)
Asma	(1)	(2)	Câncer	(1)	(2)
Doença Cardiovascular	(1)	(2)	Sem comorbidade	(1)	(2)
Acidente Vascular Encefálico	(1)	(2)	NS/NR/Prefere não responder	99	

13) Uso de medicamentos					
	Sim	Não		Sim	Não
Hipertensão (Pressão Alta)	(1)	(2)	Doença Crônica da Coluna	(1)	(2)
Diabetes Mellitus	(1)	(2)	Depressão	(1)	(2)
Dislipidemia/ colesterol alto	(1)	(2)	Insuficiência Renal Crônica	(1)	(2)
Asma	(1)	(2)	Câncer	(1)	(2)
Doença Cardiovascular	(1)	(2)	Sem comorbidade	(1)	(2)
Acidente Vascular Encefálico	(1)	(2)	NS/NR/Prefere não responder	(99)	

14) Quantas refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) você costuma fazer por dia? (1) Apenas 1 (2) 2 refeições (3) 3 refeições (4) Mais de 3 refeições (99)NS/NR/Prefere não responder
15) Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR/Prefere não responder
16) Você se considera satisfeito com seus hábitos alimentares atuais? (1) Sim (2) Às vezes (3) Não (99) NS/NR/Prefere não responder

D) INCLUSÃO DIGITAL E AUTORRELATO DE DECLÍNIO COGNITIVO

17) O(a) sr.(a) sente dificuldade em utilizar celular, computador ou internet? (1) Sim (2)Às vezes (3)Não (99) NS/NR/Prefere não responder
18) O(a) sr.(a) utiliza internet regularmente? (1) Sim (2)Às vezes (3)Não (99) NS/NR/Prefere não responder
19) Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? (1) Sim (2) às vezes (3) Não (99) NS/NR/Prefere não responder
20) Este esquecimento está piorando nos últimos meses? (1) Sim (2) às vezes (3) Não (4) nenhum amigo ou familiar falou que está ficando esquecido (99) NS/NR/Prefere não responder
21) Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? (1) Sim (2) às vezes (3) Não (4) nenhum amigo ou familiar falou que está ficando esquecido (99) NS/NR/Prefere não responder

E) ASSISTÊNCIA E DO ACESSO AOS SERVIÇOS SAÚDE

22) Há um médico (a)/enfermeiro (a) ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? (1)Sim (2) Não (99) NS/NR/Prefere não responder
23) O (a) Sr (a) procurou alguma ajuda ou conversou com alguém para resolver problema de saúde, nos últimos 30 dias? (1)Sim (2) Não (99) NS/NR/Prefere não responder
24) O (a) sr (a) tem convênio ou plano de saúde? (1)Sim (2) Não (99) NS/NR/Prefere não responder
25) Quando a sua UBS está aberta e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? (1)Sim (2) às vezes (3) Não (99) NS/NR/Prefere não responder
26) É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") na UBS? (1)Sim (2) às vezes (3) Não (99) NS/NR/Prefere não responder
27) O (a) "médico(a)/enfermeiro(a)" sabe quem mora com você? (1)Sim (2) às vezes (3) Não (99) NS/NR/Prefere não responder
28) O (a) "médico(a)/enfermeiro(a)" sabe quais problemas são mais importantes para você? (1)Sim (2) às vezes (3) Não (99) NS/NR/Prefere não responder
29) O (A) "médico (a)/enfermeiro (a)" conhece a sua história clínica (história médica) completa? (1)Sim (2) às vezes (3) Não (99) NS/NR/Prefere não responder
30) O (A) "médico (a)/enfermeiro (a)" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa? (1)Sim (2) às vezes (3) Não (99) NS/NR/Prefere não responder
31) O (A) "médico (a)/enfermeiro (a)" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? (1)Sim (2) às vezes (3) Não (99) NS/NR/Prefere não responder

F) AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

32) Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) – Lawton		
(1) Independente – 27 pontos	(2) Dependente parcialmente – entre 10 e 26 pontos	(3) Dependente totalmente – 9 pontos

Uso do telefone	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Fazer compras	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Preparar suas próprias refeições	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Arrumar a casa	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Fazer trabalhos manuais domésticos – pequenos reparos	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Lavar e passar sua roupa	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Tomar remédios na dose e horários corretos	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Cuidar das finanças	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)

33) Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) – Índice de Katz		
(1) Independente – 6 pontos	(2) Dependente parcialmente – 4 pontos	(3) Dependente totalmente – 2 pontos

Atividade	Descrição	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo	1	0
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos	1	0
Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)	1	0
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)	1	0
Continência	Controla completamente urina e fezes	1	0
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)	1	0

APÊNDICE B — Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Projeto: Necessidades em saúde, de acesso e capacidade funcional de pessoas idosas na atenção primária: implicações para o cuidado no território**.**

Pesquisadora Responsável: Camila Freire Barreto

Instituição: Universidade Federal de Sergipe — Mestrado Profissional em Saúde da Família

Contato da Pesquisadora: camilla_fb@hotmail.com e telefone (79) 99986-7440

Objetivo da Pesquisa: O objetivo deste estudo é identificar as principais necessidades em saúde e funcionalidade da população idosa do município de São Cristóvão, Sergipe, e propor estratégias de cuidado qualificado no âmbito da Atenção Básica.

Procedimentos: Se você aceitar participar, será convidado(a) para responder a uma entrevista estruturada sobre seu estado de saúde, histórico de doenças, uso de medicamentos, práticas de atividade física, entre outras informações relacionadas à sua saúde. As informações serão coletadas no seu domicílio ou em outro local acordado, respeitando o seu conforto.

Riscos e Benefícios: este estudo não envolve riscos maiores que aqueles presentes nas atividades cotidianas. Seus dados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, respeitando o sigilo e a confidencialidade das informações. Os resultados poderão subsidiar ações de saúde voltadas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas no município.

Sigilo e Confidencialidade: Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo absoluto. O nome e qualquer informação que possa identificá-lo(a) não serão divulgados. A participação é voluntária e gratuita.

Direitos do Participante:

- Você poderá recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no seu atendimento em saúde.

- Você tem direito a esclarecimentos antes, durante e depois da sua participação no estudo.

- Você poderá solicitar a exclusão de seus dados a qualquer momento.

Consentimento:

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a natureza, objetivos e procedimentos do estudo. Fui esclarecido(a) sobre eventuais riscos e benefícios e concordo em participar de forma livre e espontânea, sem que tenha havido qualquer coação.

_____

Nome do participante ou responsável

_____ Data: _____/_____/_____

Assinatura do participante ou responsável

_____

Assinatura e carimbo do Pesquisador Data: _____/_____/_____

APÊNDICE C — Cartilha PTT (para impressão)

07 AUTONOMIA E VIDA INDEPENDENTE

Manter a autonomia é continuar fazendo escolhas e participando da vida.



Dicas para o dia a dia:

✓ Organizar sua rotina
✓ Fazer escolhas
✓ Pedir ajuda quando necessário
✓ Participar das decisões familiares

Mantenha-se confiante e motivado (a)!!

08 INCLUSÃO DIGITAL



A tecnologia pode ajudar você!

✓ Peça ajuda para aprender a usar o celular e aplicativos;
✓ Use o celular para conversar com familiares, receber informações de saúde e participar de grupos.

Atenção!
Nunca compartilhe:
Senhas,
Dados bancários
Informações pessoais

09 DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Você tem direito a:



✓ **Atendimento prioritário**
✓ **Acesso aos serviços de saúde**
✓ **Proteção contra violência**
✓ **Participação social**

Violência contra a pessoa idosa é crime. Disque 100.

10 VOCÊ NÃO ESTÁ SOZINHO (A)!!

A equipe da Estratégia Saúde da Família está pronta para ajudar.

Procure sua Unidade Básica de Saúde para:

✓ Consultas;
✓ Vacinas;
✓ Orientações
✓ Grupos educativos;
✓ Visitas domiciliares, dentre outras informações.

💚 Em São Cristóvão, você pode contar com a **Unidade Básica de Saúde**, **Academia da Saúde**, **grupos de convivência para pessoas idosas, CRAS, CREAS e o Conselho Municipal da Pessoa Idosa**. Esses serviços oferecem acolhimento e orientação.

Autoria: Camila Freire Barreto, Enfermeira. Mestranda do Programa PROFSAÚDE – Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Orientadora: Prof.ª Dra. Andrezza Marques Duque

Coorientador: Prof. Dr. Marcus Valerius da S. Peixoto

Produto Técnico-Tecnológico desenvolvido pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFS).

Envelhecer com saúde é possível. Conte com a gente!

Cartilha Educativa

VIVER BEM, ENVELHECER COM SAÚDE

Guia prático para promoção da funcionalidade e autonomia da pessoa idosa no município de São Cristóvão – SE



SUS PROFSAÚDE UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

01 O QUE É ENVELHECER COM SAÚDE?

Envelhecer bem não significa ausência de doenças.

Para envelhecer com saúde é importante:

- **Manter o corpo ativo;**
- **Cuidar da saúde mental;**
- **Ter alimentação adequada;**
- **Participar da vida familiar e comunitária;**
- **Realizar seus projetos e atividades que dão sentido à vida.**



"Pequenas escolhas diárias fazem grandes diferenças."

02 O QUE É ENVELHECER COM SAÚDE?

Dê preferência para:



- ✅ **Frutas, verdulas, legumes;**
- ✅ **Grãos: arroz, feijão, milho e outros;**
- ✅ **Beber água durante o dia.**
- ✅ **Preferir alimentos frescos, sem embalagem ou conservantes.**

Evite o consumo excessivo de:



- ❌ **Refrigerante e bebida alcóolica;**
- ❌ **Açúcar, fritura, sal e alimentos ultraprocessados**

03 ATIVIDADE FÍSICA: Movimente-se!

A atividade física ajuda a: melhorar o equilíbrio; fortalecer os músculos; controlar a pressão diabetes e melhorar o humor.



- **Caminhar diariamente**
- **Fazer alongamento**
- **Dançar**
- **Participar de atividades em grupos**

Mexer o corpo é cuidar da saúde.

04 SAÚDE DA MENTE E BEM-ESTAR

Mantenha sua mente ativa:

✓ Leia
✓ Converse com amigos e familiares
✓ Faça jogos e desafios
✓ Aprenda algo novo
✓ Participe de atividades comunitárias



05 PREVENÇÃO DE QUEDAS

✓ Retire tapetes soltos e fios do chão
✓ Mantenha a casa bem iluminada
✓ Instale barras de apoio no banheiro
✓ Use calçados fechados e com solado antiderrapante
✓ Faça exercício para fortalecer músculos e equilíbrio





06 USO SEGURO DOS MEDICAMENTOS

✓ Tome os medicamentos nos horários corretos e com orientação profissional;
✓ Não interrompa o tratamento sem orientação;
✓ Mantenha a lista atualizada dos medicamentos que usa;
✓ Guarde receitas e exames

Em caso de dúvidas, procure sua equipe de saúde.



APÊNDICE D— QR Code da Cartilha PTT.



ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE (UFS)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO DE SAÚDE DO ADULTO E IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO CRISTÓVÃO ¿ SE

Pesquisador: Marcus Valerius da Silva Peixoto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90101325.3.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.696.710

Apresentação do Projeto:
As informações elencadas nos campos ¿Apresentação do Projeto¿, ¿Objetivo da Pesquisa¿ e ¿Avaliação dos Riscos e Benefícios¿ foram retiradas do arquivo ¿Informações Básicas da Pesquisa¿ ¿PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2582867.pdf¿ postado na Plataforma Brasil em 01/07/2025.

INTRODUÇÃO,
O Brasil vivencia nesse século uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas (MENDES, 2012).Um dos fatores que contribuem fundamentalmente para o perfil dos padrões de adoecimento e morte é a desigualdade social. A abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde tem sido utilizada para explicar o processo saúde- doença com base nos aspectos sociais como causa das causas das doenças (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; SOBRAL & FREITAS, 2010). Entretanto, ainda existem dificuldades para se analisar e graduar como os fatores sociais e econômicos podem contribuir nas condições de saúde de determinado espaço-população (MORTEZA et al., 2017).O patamar

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n B. Sanatório - Prédio do Centro de Pesquisas Biomédicas - HU
Bairro: Sanatório CEP: 49.060-110
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 E-mail: cep@academico.ufs.br