

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

GUILHERME JACOPETTI PSZEDIMIRSKI

O CUIDADO COM A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UMA ANÁLISE A PARTIR DE UM GRUPO OFERTADO EM UM MUNICÍPIO DO
PARANÁ

PONTA GROSSA
2025

GUILHERME JACOPETTI PSZEDIMIRSKI

O CUIDADO COM A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UMA ANÁLISE A PARTIR DE UM GRUPO OFERTADO EM UM MUNICÍPIO DO
PARANÁ

Dissertação apresentada como requisito parcial de avaliação para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais Aplicadas na Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de Concentração Cidadania e Políticas Públicas. Linha de Pesquisa Estado, Direitos e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi
Coorientador: Prof. Dr. Leandro Martinez Vargas

PONTA GROSSA

2025

P974 Pszedimirski, Guilherme Jacopetti

O cuidado com a pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: uma análise a partir de um grupo ofertado em um município do Paraná / Guilherme Jacopetti Pszedimirski. Ponta Grossa, 2025.

79 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi.
Coorientador: Prof. Dr. Leandro Martinez Vargas.

1. Atenção primária - saúde. 2. Estado funcional. 3. Fragilidade. 4. Promoção - saúde. 5. Saúde - idoso. I. Coradassi, Carlos Eduardo. II. Vargas, Leandro Martinez. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. IV.T.

CDD: 362.1

TERMO DE APROVAÇÃO

GUILHERME JACOPETTI PSZEDIMIRSKI

“O cuidado com a Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde: uma análise a partir de um grupo ofertado em um município do Paraná”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 31 de março de 2025.

Assinatura pelos membros da Banca

Documento assinado digitalmente
 **CARLOS EDUARDO CORADASSI**
Data: 31/03/2025 22:20:21-0300
verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi - UEPG-PR -Presidente

Documento assinado digitalmente
 **EDGAR NUNES DE MORAES**
Data: 03/04/2025 18:27:48-0300
verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Edgar Nunes de Moraes – UFMG-MG - Membro Externo

Documento assinado digitalmente
 **LISLEI TERESINHA PREUSS**
Data: 03/04/2025 14:40:01-0300
verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profa. Dra. Lislei Teresinha Preuss – UEPG-PR – Membro Interno

Prof. Dr. Denilson de Castro Teixeira - UEL-PR – Suplente Externo

Prof. Dr. Bruno Pedroso – UEPG-PR – Suplente Interno

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação é fruto da união de esforços e dedicação de muitas pessoas que, generosamente, compartilharam seu tempo para me apoiar ao longo desta jornada acadêmica. Agradeço profundamente a todos que com sua contribuição, tornaram possível a realização deste trabalho.

Trago o incentivo principal de minha avó Ozilda Daniel da Silva Jacopetti (*in memoriam*), que em sua última carta me escreveu que estaria torcendo para que meus planos fossem bem sucedidos.

Em minha trajetória acadêmica, pude me encontrar na área de aprendizagem sobre a saúde e seus aspectos sociais. Muito disso se deve ao exemplo dos meus pais, Emerson José Pszedimirski e Telma Jacopetti Pszedimirski, pois cresci vendo-os prestar auxílio às pessoas com a saúde fragilizada em uma farmácia que havia em nossa casa, essas ações guiaram meus caminhos. Agradeço por todo o suporte e incentivo que sempre me deram.

Agradeço à Sarah Suzana Rosa Nagnibeda Silva, minha companheira em todas as horas, nos momentos de alegrias, angústias e incertezas. Também, ao meu irmão Ramon Jacopetti Pszedimirski, pelos conselhos dentro e fora do ambiente acadêmico.

Expresso minha eterna gratidão também aos Professores, Doutores e Mestres, que muito me guiaram nesse período e que me permitiram a oportunidade de hoje chamá-los de amigos. Em especial, ao meu Orientador Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi; ao meu Coorientador Prof. Dr. Leandro Martinez Vargas; à Prof. Dr^a. Lislei Teresinha Preuss; à Prof. Dr^a. Luiza Herminia Gallo; ao Prof. Me. Jean Carlos de Goveia; à Me. Diana Galone Somer e ao Me. Matheus Viezzer.

Agradeço imensamente ao Professor Dr. Edgar Nunes de Moraes, uma das maiores referências acadêmicas na área do envelhecimento humano, por ter aceitado participar da Banca de Dissertação, contribuindo para a qualidade do trabalho.

Também Agradeço à Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG); ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas (PPGCSA) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelas oportunidades de aprendizado e realização da pesquisa.

“Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”
(Organização Mundial da Saúde - OMS, 1948).

RESUMO

A sociedade vivencia um processo de transição demográfica, caracterizado pelo envelhecimento populacional, o que impõe desafios significativos à saúde pública. Esta dissertação teve como objetivo analisar a promoção do cuidado com a saúde da pessoa idosa a partir de um grupo de exercícios físicos ofertado por uma Unidade da Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná. Adotou-se o modelo *multipaper*, composto por três artigos. O primeiro consistiu em uma revisão integrativa da literatura sobre declínio funcional e fragilidade em pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde (APS), destacando a importância da detecção precoce e da integralidade do cuidado. O segundo artigo identificou representações sociais de participantes idosos do grupo “Amigos da Saúde” ofertado por uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família (UESF), sobre o envelhecimento saudável, utilizando a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico e a técnica de grupo focal como método. Os resultados indicaram que o grupo contribui para o bem estar, a socialização e os cuidados com a saúde. O terceiro artigo verificou os aspectos multidimensionais da condição de saúde dos participantes por meio da aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), revelando que a maioria dos participantes é classificada como robusta e apresenta boa autopercepção de saúde. Conclui-se que o desenvolvimento de grupos no âmbito da APS, como de promoção ao exercício físico, podem ser estratégias efetivas para a promoção do envelhecimento saudável. Sugere-se a realização de futuros estudos longitudinais sobre a temática.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Estado Funcional; Fragilidade; Promoção da Saúde; Saúde do idoso.

ABSTRACT

Society is undergoing a demographic transition, characterized by population aging, which poses significant challenges to the public healthcare system. This dissertation aimed to analyze the promotion of health care for the elderly through a physical exercise group offered by an Estratégia Saúde da Família Unit in the city of Ponta Grossa, Paraná. A multipaper model, consisting of three articles, was adopted. The first consisted of an integrative literature review on functional decline and frailty in Primary Health Care (PHC) older adults, highlighting the importance of early detection and comprehensive care. The second article identified social representations of elderly participants in the “Health Friends” group, offered by Estratégia Saúde da Família Unit (UESF), regarding healthy aging, using the Theory of Social Representations as the theoretical framework and the focus group technique as the method. The results indicated that the group contributes to well-being, socialization, and health care. The third article examined the multidimensional aspects of the participants’ health status through the application of the Clinical-Functional Vulnerability Index (CFVI-20), revealing that most participants are classified as robust and have a good self-perception of health. It is concluded that the development of groups within the scope of PHC, such as those promoting physical activity, can be effective strategies for fostering healthy aging. Future longitudinal studies on the topic are recommended.

KEYWORDS: Primary Health Care; Functional Status; Frailty; Health Promotion; Health of the Elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMPI	Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa
APS	Atenção Primária à Saúde
CAFe	Comunidade Acadêmica Federada
CAPS	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP/CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSPI	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UESF	Unidade da Estratégia de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	9
2 DECLÍNIO FUNCIONAL E FRAGILIDADE EM PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	14
2.1 INTRODUÇÃO.....	14
2.2 OBJETIVO	16
2.3 MÉTODOS.....	17
2.3.1 Critérios de Elegibilidade e Estratégias de Busca.....	17
2.4 RESULTADOS.....	20
2.5 DISCUSSÃO	24
2.6 CONCLUSÃO	27
3 O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA PERSPECTIVA DE PARTICIPANTES IDOSOS DE UM GRUPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	28
3.1 INTRODUÇÃO.....	28
3.2 METODOLOGIA	31
3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
3.3.1 O Envelhecimento Humano.....	35
3.3.2 O Grupo Amigos da Saúde.....	37
3.3.3 O Envelhecimento Saudável e Cuidados com a Saúde.....	44
3.4 CONCLUSÃO	49
4 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DE PARTICIPANTES IDOSOS DE UM GRUPO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PONTA GROSSA, PARANÁ.....	51
4.1 INTRODUÇÃO.....	51
4.2 METODOLOGIA	53
4.3 RESULTADOS.....	55
4.4 DISCUSSÃO	62
4.5 CONCLUSÃO	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	76
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO.....	78
ANEXO A – IVCF-20 (Paraná, 2018)	79

1 INTRODUÇÃO E ASPECTOS METODOLÓGICOS

A Constituição Federal de 1988 reconhece, pelo Artigo 196, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, sendo garantida por políticas sociais e econômicas para a redução do risco de doenças e agravos. Tal medida proporcionou base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema em constante desenvolvimento que busca a cobertura universal e equitativa (Brasil, 1988, Ferreira G.; Ferreira C., 2022).

O SUS surge em conquistas populares desencadeadas na década de 1970 por ideais de reforma sanitária, em que se defendia a democratização do acesso à saúde no Brasil. As discussões sobre a temática desencadearam a participação popular na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, contando com mais de 4.000 participantes, abordando a saúde enquanto direito, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento do setor. O Evento tornou-se um marco para a saúde na promulgação da Constituição Federal de 1988 (Rosário, Baptista, Matta, 2020; Sales *et al.*, 2019).

O funcionamento do SUS é norteado pelas Leis Orgânicas da saúde: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, e aborda a organização e o funcionamento dos serviços; e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão, transferências intergovernamentais de recursos financeiros e também institui as conferências e conselhos de saúde em cada esfera de governo (Brasil, 1990a; Brasil 1990b).

No ano de 2011, foi promulgado o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 e apresenta os conceitos de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Estipula que as regiões de saúde devem conter ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (Brasil, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é organizada a partir da distribuição quantitativa de usuários, geralmente na delimitação de bairros. Nela, as equipes de da Estratégia de Saúde da Família (ESF) promovem ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Quando existe a necessidade de atendimentos clínicos de média ou alta complexidade, os casos são encaminhados para outros pontos de

atendimento na região de saúde, composta por aglomerados de municípios, ou em outras regiões (Kirst; Darsie, 2021).

Com a responsabilização compartilhada entre usuários e o Sistema, pode-se existir a efetivação dos princípios do SUS. Enquanto princípios doutrinários, destacam-se a universalidade, com garantia de atenção à saúde para todos; a equidade, com enfoque na diminuição de desigualdades sociais; e integralidade, voltando-se ao indivíduo nos aspectos, biológicos, psicológicos, sociais e contextos de vida, com ações combinadas de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Brasil, 1990a; Kirst; Darsie, 2021; Böing; Crepaldi, 2014).

O SUS tem contribuído para a redução de desigualdades em saúde, como em políticas de vacinação, controle de doenças transmissíveis e ampliação de serviços essenciais, representando avanços na consolidação do direito à saúde. No entanto, atualmente ainda se exigem esforços e melhorias em relação ao financiamento, gestão pública, capacitação e valorização de profissionais e fortalecimento de políticas de participação popular (Da Silva *et al.* 2024).

De modo geral, as novas concepções sobre saúde, que orientam o processo de formação do SUS, apresentam relações com as condições de vida dos indivíduos, evidenciado desde a Carta de Ottawa, na Conferência Internacional pela promoção da saúde em 1986, com os requisitos fundamentais para a saúde: paz, educação, habitação, renda, ecossistema saudável, conservação de recursos, justiça social e equidade. Desenvolve-se assim, uma concepção positiva de produção social em prol da qualidade de vida da população, no que se refere ao processo saúde-doença. A percepção dos problemas de saúde da população e o planejamento de estratégias de intervenção, estão intrinsecamente relacionadas com a vigilância em saúde e a promoção à saúde (Böing; Crepaldi, 2014; Brasil, 2017).

Atualmente, um dos maiores desafios para os sistemas de saúde está relacionado com as transições demográfica e epidemiológica. A queda nas taxas de fecundidade, associada com a diminuição nos níveis de mortalidade promove o envelhecimento populacional. Com isso, o perfil de doenças que acomete a população se modifica, passando de um quadro anteriormente relacionado com doenças parasitárias e infecciosas, para uma maior frequência de doenças crônicas e degenerativas na população idosa (Oliveira, 2019).

De acordo com Trintinaglia, Bonamigo e Azambuja (2022), o envelhecimento populacional impõe desafios aos setores de saúde que englobam questões

econômicas e sociais, visto que o Estado deve garantir a assistência integral para as pessoas idosas de forma articulada e resolutiva. O Estatuto da Pessoa aponta a obrigação do Estado na garantia de proteção da vida e da saúde pela efetivação de políticas sociais favoráveis ao envelhecimento saudável e com dignidade (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, com redação alterada pela Lei nº 14.423, de 2022).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006, apresenta em sua concepção que o cuidado com a saúde da pessoa idosa necessita de uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, considerando as interações entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que interferem na heterogeneidade do envelhecimento humano. Destaca-se que abordagens preventivas e intervenções precoces tornam-se mais eficazes que intervenções curativas tardias.

Deve-se considerar que o envelhecimento humano é um processo natural, progressivo e irreversível que pode comprometer a saúde física, mental e social. Pode estar associado a diversas síndromes geriátricas que incluem ocorrências como limitações físicas, perdas cognitivas, depressão, declínio sensorial quedas e incontinência urinária. Com a associação entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e as síndromes geriátricas, desencadeia-se a vulnerabilidade e posterior fragilidade da pessoa idosa. Assim, o rastreio da fragilidade torna-se fundamental na APS, reduzindo impactos sobre o sistema de saúde mediante políticas públicas com foco no cuidado integrado para essa população (Ribeiro, 2021).

No estado do Paraná, a Linha Guia da Saúde da Pessoa Idosa (Paraná, 2018) aponta o Instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) como um questionário simples, que avalia os principais determinantes da saúde da pessoa idosa em oito dimensões preditoras do declínio funcional e/ou óbito: idade, autopercepção de saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. Além disso, a Linha Guia aponta o incentivo para a prática do exercício físico como a principal intervenção recomendada para a preservação da funcionalidade, mobilidade, prevenção de quedas e proteção contra a fragilidade.

A presente dissertação foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Nesse período, o autor recebeu Bolsa de incentivo à pesquisa pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O autor é Profissional de Educação Física e Especialista em Saúde Coletiva. Na especialização, enquanto Residente em Saúde Coletiva, desenvolveu grupos voltados para a promoção do exercício físico para pessoas idosas nas Unidades de Saúde da Família onde atuou. Tal prática o instigou pela pesquisa acadêmica referente à promoção da saúde para pessoas idosas na saúde pública, entendendo as necessidades e potencialidades vivenciadas nesse atendimento.

O Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG prioriza a perspectiva interdisciplinar na construção do saber científico, considerando a complexidade dos fenômenos da vida social (UEPG, 2025). O que favorece os estudos sobre o envelhecimento humano, considerado um processo multidimensional na saúde humana.

Ressalta-se a importância do estudo na área das ciências sociais sobre a atenção à saúde da pessoa idosa, considerando a pluralidade e dimensão dessa população em relação aos fatores que interferem na saúde, manutenção da funcionalidade e autonomia, comprometendo diretamente o bem-estar individual (Da Silva-Ferreira, 2023).

Considerando o exposto e reconhecendo a relevância de uma abordagem multidisciplinar, esta dissertação propõe como questão de pesquisa: O desenvolvimento de grupos de exercícios físicos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) pode constituir uma estratégia efetiva de promoção da saúde voltada ao envelhecimento saudável?

Nesse sentido, determina-se como objetivo geral, analisar a promoção do cuidado com a saúde da pessoa idosa a partir de um grupo de exercícios físicos ofertado por uma Unidade da Estratégia Saúde da Família (UESF) no município de Ponta Grossa, Paraná. Como objetivos específicos, estipulou-se: 1) Realizar uma análise da produção científica que aborda o declínio funcional e riscos de fragilidade na população idosa atendida pela APS do Brasil; 2) identificar representações sociais de participantes idosos vinculados a um grupo de promoção ao exercício físico em uma UESF no município de Ponta Grossa, Paraná, sobre o envelhecimento saudável e os cuidados com a saúde; 3) Verificar os aspectos multidimensionais da condição de saúde de pessoas idosas que participam de um grupo de promoção ao exercício físico em uma UESF no município de Ponta Grossa,Paraná.

Esta dissertação foi redigida em formato de coletânea de artigos, no modelo escandinavo ou *multipaper*. Seguiu as orientações estipuladas pela Instrução

Normativa nº 02 de 22 de novembro 2022 e teve seus resultados apresentados a partir de três artigos científicos, com estruturas próprias e rigor acadêmico para resposta aos objetivos supracitados. A metodologia geral da dissertação apresenta-se como descritiva, com delineamento quali-quantitativo.

Para responder aos objetivos específicos da dissertação, o primeiro estudo trata-se de uma revisão integrativa, realizada conforme os procedimentos metodológicos da Methodi Ordinatio 2.0 (Pagani *et al.*, 2023), analisando a produção científica que aborda o declínio funcional e riscos de fragilidade na população idosa atendida pela APS do Brasil.

O segundo estudo identifica representações sociais de participantes idosos do grupo “Amigos da Saúde” ofertado por uma UESF no município de Ponta Grossa, Paraná, sobre o envelhecimento saudável e os cuidados com a saúde. Para isso, adotou-se a técnica de grupo focal e fundamentou-se na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (1925-2014). Os estudos sobre representações sociais são de grande importância na contemporaneidade, pois possibilita ao pesquisador uma perspectiva renovada sobre as interações sociais e os sujeitos envolvidos (Galego *et al.* 2023).

O terceiro estudo possui delineamento transversal, descritivo e analítico. Verifica os aspectos multidimensionais da condição de saúde de pessoas idosas que participam de um grupo de promoção ao exercício físico ofertado por uma UESF no Município de Ponta Grossa, Paraná.

A UESF optada para os estudos de campo está situada no município de Ponta Grossa, Paraná, que de acordo com o censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui 358.371 mil habitantes, sendo 52.652 pessoas idosas. Está localizado na região dos Campos Gerais e possui as ações de saúde organizadas por uma Fundação Municipal, que distribui 54 unidades de saúde em oito distritos organizados por localização geográfica, número de equipes, profissionais, infraestrutura e características populacionais (Ponta Grossa, 2025a; Ponta Grossa, 2025b). A escolha da UESF partiu de pesquisas e conhecimento prévios do autor sobre os grupos de promoção ao cuidado com a saúde da pessoa idosa que são ofertados pela APS em Ponta Grossa, Paraná.

2 DECLÍNIO FUNCIONAL E FRAGILIDADE EM PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

O envelhecimento humano é um processo natural, multifatorial e heterogêneo, frequentemente associado à fragilidade e ao acúmulo de condições clínicas, que aumentam a vulnerabilidade a distúrbios e doenças. Este estudo teve por objetivo analisar a produção científica que aborda o declínio funcional e riscos de fragilidade na população idosa atendida pela Atenção Primária à Saúde (APS) do Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada conforme os procedimentos metodológicos da Methodi Ordinatio 2.0. As buscas dos artigos ocorreram no mês de maio de 2024, nas bases de dados eletrônicas LILACS, Scopus, SciELO e PubMed. Após a triagem, foram identificados 18 artigos que abordam a importância do cuidado e da prevenção com o declínio funcional, fragilidade e fatores associados. Destacam-se os instrumentos como o BOMFAQ, VES-13, IVCF-20 e a Avaliação Subjetiva de Fragilidade. Observou-se que a identificação precoce da fragilização e o acompanhamento dos indivíduos permitem antecipar agravos, a reabilitação precoce e a redução de impactos por doenças crônicas na funcionalidade, possibilitando que a APS adote medidas para mitigar fatores que prejudiquem a autonomia e independência dos idosos, como a promoção da atividade física para combater a inatividade física associada à mobilidade reduzida. Em suma, a implementação de ações estratégicas de cuidado com a promoção e prevenção à saúde da pessoa idosa é essencial para alcançar a integralidade do cuidado preconizado na formação do Sistema Único de Saúde. Futuras pesquisas longitudinais são relevantes para aprofundar a compreensão desse fenômeno no contexto geográfico brasileiro, considerando as variações regionais e sociais.

2.1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo natural, multifatorial e heterogêneo. Durante essa fase da vida, ocorrem modificações nos sistemas imunológico, endócrino e neurológico. Essas alterações fisiológicas podem apresentar implicações para a saúde e o bem-estar das pessoas idosas, como o aumento da vulnerabilidade a distúrbios e doenças (Macena; Hermano; Costa, 2018).

O avanço da idade está frequentemente associado com a fragilidade, uma condição marcada pelo aumento das vulnerabilidades devido ao acúmulo de condições clínicas e incapacidades. Essa fragilidade é caracterizada por um estado complexo e dinâmico, resultando no desequilíbrio das reservas homeostáticas e na redução das capacidades de resposta (Maia *et al.*, 2020).

Entre os modelos mais aceitos na literatura para definir a fragilidade, destaca-se o fenótipo proposto por Fried *et al.* (2001), que a caracteriza com base em cinco critérios clínicos: perda de peso não intencional, exaustão, diminuição da força de

preensão manual, lentidão na marcha e baixo nível de atividade física. indivíduos com três ou mais desses critérios são considerados frágeis, enquanto aqueles com um ou dois critérios são classificados como pré-frágeis. Este modelo é amplamente utilizado tanto na prática clínica quanto na pesquisa devido à sua eficácia na identificação precoce da fragilidade e no desenvolvimento de estratégias preventivas.

Além do modelo fenotípico de Fried, outras abordagens, como o Índice de Fragilidade de Rockwood *et al.* (2006), concebem a fragilidade como um acúmulo de déficits em múltiplos sistemas fisiológicos, incluindo condições clínicas, incapacidades e fatores psicossociais. Essas definições destacam a complexidade da fragilidade e reforçam a necessidade de uma abordagem integrada para o seu rastreamento e manejo, especialmente no contexto da APS.

Independentemente do modelo adotado, há consenso na literatura de que a fragilidade é um estado dinâmico e potencialmente reversível quando identificada precocemente, permitindo intervenções preventivas, como exercícios físicos, suporte nutricional e acompanhamento multiprofissional (Dalla Lana *et al.*, 2021).

Os fatores associados à fragilidade podem ser classificados em endógenos e exógenos. Os fatores endógenos incluem predisposições genéticas, alterações metabólicas, inflamação crônica, disfunção mitocondrial e comprometimento cognitivo, que afetam a capacidade do organismo de manter a homeostase e responder aos estressores ambientais (Gonçalves, 2015). Já os fatores exógenos englobam aspectos ambientais e sociais, como estilo de vida, alimentação, prática de atividade física, nível educacional, condições socioeconômicas, suporte familiar e acesso a serviços de saúde (Stobäus; Lira; Ribeiro, 2018). A interação entre esses fatores contribui para a heterogeneidade do envelhecimento, determinando diferentes trajetórias de saúde e funcionalidade na população idosa.

Nesse sentido, o cuidado com a população idosa emerge como um dos maiores desafios enfrentados pela saúde pública. Esta complexidade decorre, em grande parte, pela maior suscetibilidade das pessoas idosas para uma variedade de enfermidades, o que inevitavelmente resulta em uma demanda ampliada por intervenções e recursos específicos (Simieli; Padilha; Tavares, 2019).

No contexto brasileiro, a APS, também denominada Atenção Básica e regulamentada pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, é caracterizada como a principal porta de entrada ao SUS. Com uma equipe multidisciplinar dedicada

a toda a população, ela integra e coordena o cuidado o atendimento às necessidades de saúde das pessoas que compõem seu território de abrangência (Brasil, 2017).

Assim, a APS se destaca pela responsabilidade de desenvolver ações integradas, não centradas somente no atendimento médico, mas também, desenvolvendo estratégias de intervenção sobre fatores de risco e humanização das práticas de atendimento (Costa; Ciosak, 2010). Portanto, configura-se como um elemento central no cuidado integral à saúde das pessoas idosas.

À vista disso, o direito à saúde para as pessoas idosas é respaldado pelo Estatuto da Pessoa Idosa, na Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003 (com redação alterada pela Lei nº 14.423 de 22 de julho de 2022) que, em seu artigo 15, atribui ao SUS, a provisão de assistência à saúde de forma holística, com acesso universal e igualitário por meio de ações e serviços coordenados e contínuos (Brasil, 2003).

Outras políticas também desempenham funções essenciais no cuidado a essa população, como a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006), buscando dentre suas diretrizes, fomentar o envelhecimento ativo e saudável, oferecer atenção integral, estimular ações intersetoriais, prover recursos, fortalecer o controle social e proporcionar formação permanente aos profissionais de saúde.

Nesse contexto, considerando os aspectos inerentes ao envelhecimento, destaca-se o relevante papel da produção científico-acadêmica do conhecimento para a avaliação de políticas públicas existentes no âmbito da saúde, além da elaboração de estratégias e de implementações para a continuidade e melhoria dos serviços relacionados com a APS e aos cuidados com a saúde da pessoa idosa.

Portanto, a questão orientadora desta revisão integrativa é: Como a produção científica brasileira tem abordado a fragilidade e o declínio funcional em pessoas idosas, considerando seus métodos de identificação, manejo e sua interface com a APS?

2.2 OBJETIVO

Analisar a produção científica que aborda o declínio funcional e riscos de fragilidade na população idosa atendida pela APS do Brasil.

2.3 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada conforme os procedimentos metodológicos da Methodi Ordinatio 2.0 (Pagani *et al.*, 2023), a qual consiste em adaptações provenientes do modelo Cochrane e da metodologia ProKnow-C de Seleção do Portfólio Bibliográfico Bruto. Ordenando para a análise, os artigos em consonância à relevância científica, considerando o número de citações, fator de impacto e ano da publicação (Pagani, Kovalesski e Rezende, 2015; 2017).

A síntese do estudo foi conduzida em nove etapas: (1) Estabelecimento da intenção de pesquisa; (2) pesquisa preliminar nas bases de dados; (3) definição e combinação das palavras-chave; (4) pesquisa definitiva nas bases de dados; (5) procedimentos de filtragem; (6) identificação do fator de impacto, ano de publicação e número de citações; (7) classificação utilizando o *InOrdinatio*; (8) localização dos artigos completos leitura e avaliação integral dos textos; (9) leitura final e análise sistemática (Pagani *et al.*, 2023).

2.3.1 Critérios de Elegibilidade e Estratégias de Busca

As buscas dos artigos ocorreram no mês de maio de 2024, seguindo as etapas subsequentes de definição das palavras-chave e pesquisa nas bases de dados (etapas 2, 3 e 4). Consultaram-se as bases de dados eletrônicas: LILACS; Scopus; SciELO e PubMed. Para o acesso às bases, utilizou-se o Portal de Periódicos da CAPES, com o login institucional na Comunidade Acadêmica Federada CAFE).

Atribuiu-se uso dos operadores booleanos “AND” e “OR” com os seguintes descritores: em português, (“atenção primária” OR “atenção básica”) AND (“idosos” OR “pessoas idosas”) nas Bases Lilacs e Scielo, e em inglês, (“primary care” OR “primary health care”) AND (“elderly” OR “aged” OR “older people”) nas Bases Scopus e Pubmed. A definição do idioma pesquisado em relação às bases de dados se deu pelas características de publicações ofertadas por cada base.

Os termos para as buscas foram definidos de forma ampla, abordando a pessoa idosa e a Atenção Primária à Saúde (APS), também referenciada como “Atenção Básica” em sinônimo por alguns autores. Em primeiro momento, não se especificou a abordagem aos estudos referentes ao declínio funcional. Este cuidado foi aderido para que não houvesse perdas de artigos nas buscas devido a possíveis termos relacionados, como “incapacidade funcional”, “robustez”, “fragilidade” e “vulnerabilidade funcional”.

Como método para especificar as pesquisas com direcionamento para a intervenção em pessoas idosas na APS, delimitaram-se os descritores apenas para o título em todas as bases de dados. Além disso, estipulou-se como marco temporal a promulgação do Estatuto da Pessoa Idosa, criado pela Lei 10.741 de 2003, que objetiva regular os direitos assegurados à população idosa, com idade igual ou superior a 60 anos, no Brasil (Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, com redação alterada pela Lei nº 14.423 de 22 de julho de 2022).

Esse processo de elegibilidade das evidências se estabeleceu de maneira independente por dois pesquisadores (GJP, JCG), que analisaram os títulos e resumos das evidências recuperadas. Não houve divergências entre os pesquisadores; no entanto, caso ocorressem, um terceiro pesquisador (LMV) seria consultado.

Desse modo, houve um retorno absoluto de 2.304 produções, após a pesquisa definitiva. O quantitativo total das produções foi exportado das Bases LILACS, SciELO e Scopus no formato “RIS” e da Base PubMed no formato “NBIB”. Em seguida, para os procedimentos de filtragem (etapa 5), os dados foram importados no gerenciador de referências *Mendeley*® versão 1.19.5 para a leitura de títulos e resumos, sendo removidas 1.073 evidências duplicadas; 7 sem autoria; 2 sem título e 31 sem periódico/revista.

Para a filtragem foram considerados critérios de inclusão: (I) estudos originais que avaliaram a Síndrome de Fragilidade em idosos na APS; (II) publicados no período entre 2004 e 2023 (III) realizados em contexto geográfico brasileiro. Excluíram-se dissertações, teses, revisões sistemáticas, meta-análises, cartas editoriais, pontos de vista, relatos de experiência, comentários editoriais ou similares. Assim, foram selecionados 245 artigos.

Para as etapas seguintes (6 e 7) de identificação do fator de impacto, número de citações e verificação do *InOrdinatio*, os dados foram exportados do *Software Mendeley*, no formato “*BibTex*” para importação no *Software JabRef*® versão 5.2 e posteriormente realizado a portabilidade para uma planilha eletrônica no *Software Microsoft Excel*®, disponibilizada pelos desenvolvedores da *Methodi Ordinatio* 2.0, nomeada “*Rankin*”, disponível em: <<http://www.brunopedroso.com.br/methodi-v2/RankIn.xlsm>>.

Para a identificação do fator de impacto, considerou-se os dados obtidos de forma automática pela planilha eletrônica do *InOrdinatio* 2.0, para a identificação do

número de citações, utilizou-se a pesquisa manual no dia 13 de maio de 2024. Como em alguns casos foram identificadas diferentes versões para um mesmo artigo, estabeleceram-se os seguintes critérios para o levantamento das citações: 1) utilização das versões apresentadas pelo *link* automático da planilha *Rankin*; 2) em caso de mais de uma versão (diferentes idiomas) apresentada pelo *link*, considerou-se a versão com maior número de citações; 3) Caso as versões apresentadas pelo *link* fossem as mesmas (mesmo idioma), as citações foram agregadas; 4) Caso o *Link* não apresenta-se o referido estudo, o título foi pesquisado de forma independente.

Para o processo de ranqueamento dos estudos, utilizou-se a equação:
$$\text{inOrdinatio: } v2 = \{(\Delta^* \text{ IF}) - [\lambda^* (\text{ResearchYear} - \text{PubYear})/\text{HalfLife}]\} + \Omega^* \sum \text{Ci}/[(\text{ResearchYear}+1) - \text{PubYear}]$$
 (Pagani *et al.*, 2023), que combina a relevância do ano de publicação, média anual de citações da publicação e a mediana *Cited HalfLife* de periódicos com fator de impacto.

Com isso, das 245 produções selecionadas na etapa anterior, 180 foram consideradas aptas para a leitura na íntegra, então todos os artigos foram baixados e foi desenvolvida uma compilação dos dados em uma planilha eletrônica no Software *Microsoft Excel*®. Desse modo, os estudos foram selecionados por temas e em seguida, os estudos que compunham em seu objetivo e em seu corpo metodológico, a análise do declínio funcional e da fragilidade física em pessoas idosas foram selecionados para compor a amostra final, totalizando 18 produções.

Visando dar sustentação e originalidade às evidências recuperadas após os processos de seleção, foram realizadas análises, como a distribuição cronológica e a caracterização dos estudos, identificação dos periódicos que mais publicaram, autores, afiliações e instituições mais relevantes, e número absoluto de publicações, no caso do presente estudo, por estados brasileiros.

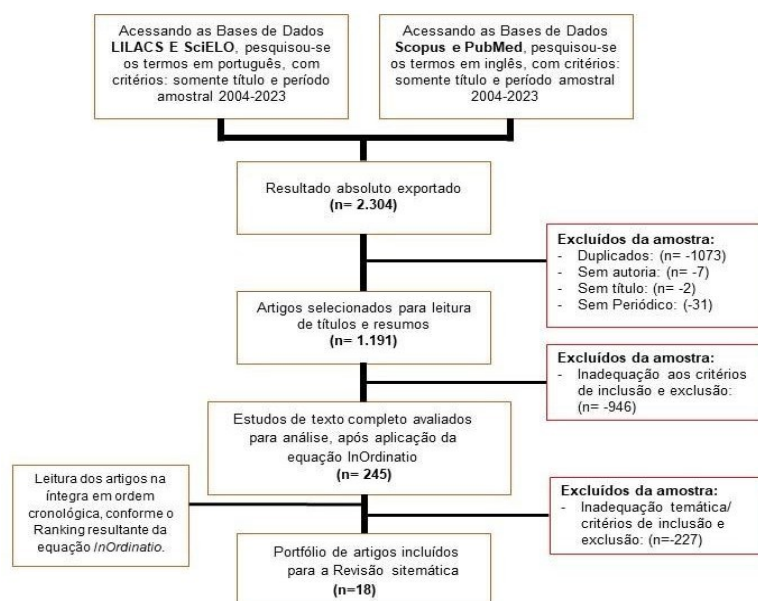
Para identificar os estados brasileiros com maior número de publicações, no tópico de resultados será apresentado uma ilustração gráfica, desenvolvida com o auxílio do Software de geovisualização *GeoDa* versão 1.22.

Além disso, para identificar termos prevalentes nas sínteses dos artigos, uma nuvem de palavras foi desenvolvida no software *Iramuteq* versão 0.7 *alpha* 2. Essa nuvem de palavras foi elaborada com trechos referentes às conclusões dos referidos trabalhos. No caso de estudos que apresentaram conclusão em seu corpo, foi utilizado o texto de conclusão do resumo.

2.4 RESULTADOS

Esta revisão apresenta de forma sistemática as evidências científicas sobre o cuidado com a saúde da pessoa idosa, em especial, referente às avaliações do declínio funcional e de riscos de fragilidade no contexto da APS. Foram identificados 18 artigos que abordam o assunto, sendo analisados em sua íntegra, conforme Figura 1.

Figura 1 – Procedimento de filtragem dos estudos conforme Methodi Ordinatio.



Fonte: Autoria própria, 2024.

No Quadro 1 são apresentados os estudos classificados de acordo com o Rankin da Methodi Ordinatio 2.0, indicando o primeiro autor, o título do artigo, o modelo do estudo, o ano de publicação, o número de citações (Ci) referente ao período em que esta revisão foi compilada, o fator de impacto (Fi) e a pontuação obtida no ranqueamento.

Quadro 1 – Classificação dos estudos conforme o Rankin da Methodi Ordinatio 2.0.

(continua)

ORD.	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	MODELO DO ESTUDO	ANO	Ci	Fi	InOrdinatio
1	Maia, L.C. <i>et al.</i>	Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária	Transversal	2020	55	N/A	104,74
2	Ribeiro, I.A. <i>et al.</i>	Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care	Transversal/ quantitativo e descritivo	2019	52	N/A	80,09
3	Pereira, L.C. <i>et al.</i>	Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica	Transversal	2017	67	N/A	74,54
4	Augusti, A.C.V. <i>et al.</i>	Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal	Transversal/ observacional	2017	61	N/A	67,04
5	Ribeiro, E.G. <i>et al.</i>	Frailty in the elderly: screening possibilities in Primary Health Care	Transversal/ de base populacional	2022	15	1,3	60,37

Quadro 1 – Classificação dos estudos conforme o *Rankin da Methodi Ordinatio 2.0*.

(conclusão)

ORD.	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	MODELO DO ESTUDO	ANO	Ci	Fi	InOrdinatio
6	Maia, L.C. <i>et. al.</i>	Robust older adults in primary care: factors associated with successful aging	Transversal/ de base populacional	2020	27	N/A	48,74
7	Silva, L.G.D.C. <i>et. al.</i>	Evaluation of the functionality and mobility of community-dwelling older adults in primary health care	Transversal/ epidemiológico e analítico	2019	32	N/A	46,75
8	Oliveira, P.R.C. <i>et. al.</i>	Fatores associados à fragilidade em idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde	Transversal	2021	19	N/A	43,55
9	Lins, M.E.M., <i>et. al.</i>	Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados	Transversal/ quantitativo, de base populacional	2019	30	N/A	43,42
10	Cabral, J.F. <i>et. al.</i>	Vulnerabilidade e Declínio Funcional em pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde: estudo longitudinal	Longitudinal	2021	18	N/A	41,05
11	Lenardt, M.H. <i>et. al.</i>	Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde	Transversal/ quantitativo	2016	44	N/A	38,36
12	Freitas, F.F.Q. <i>et. al.</i>	Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento	Transversal/ Analítico	2020	19	N/A	32,74
13	Melo, B.R.d.S. <i>et. al.</i>	Agreement between fragility assessment instruments for older adults registered in primary health care	Transversal	2022	9	N/A	27,37
14	Brito, G.S. <i>et. al.</i>	Vulnerabilidade clínico funcional de idosos usuários da atenção primária à saúde: estudo transversal	Transversal/ quantitativo	2023	4	N/A	18,68
15	Lenardt, M.H. <i>et. al.</i>	Quality of life of frail elderly users of the primary care	Transversal/ quantitativo	2014	18	1,1	14,21
16	Albuquerque, A.G. <i>et. al.</i>	Capacidade funcional e linguagem de idosos não-participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde	Transversal/ descritivo e observacional	2012	27	N/A	4,98
17	Cortez, P.J. <i>et. al.</i>	Functional disability and associated factors in older adults seen at a primary health care unit	Transversal	2023	1	N/A	3,68
18	Carvalho, L.J.A.R. <i>et. al.</i>	Fragilidade clínico-funcional e sarcopenia em idosos na atenção primária à saúde	Transversal/ quantitativo	2022	1	N/A	0,70

Legenda: "Ci": citações; "Fi": fator de impacto; "N/A": não aplicado pelo InOrdinatio.

Fonte: Autoria própria, 2024.

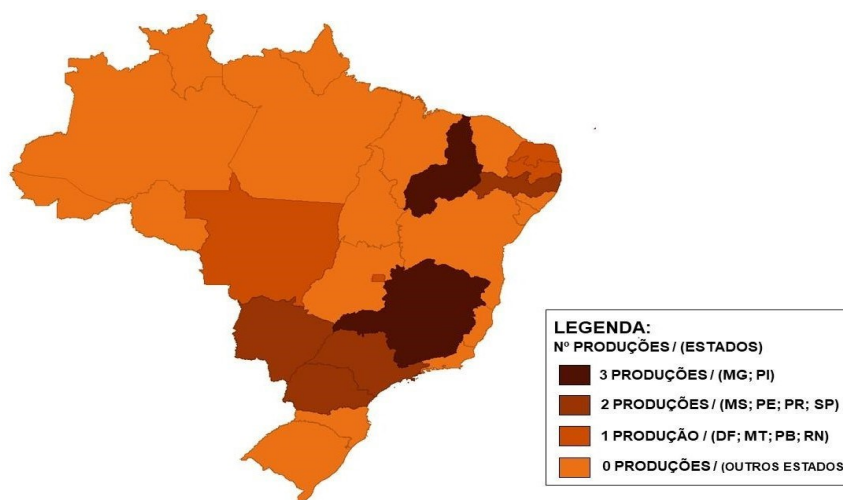
O estudo com maior pontuação no ranqueamento foi o de Maia *et al.* (2020), com 104,74 pontos, seguido por Ribeiro *et al.* (2019), com 80,09 pontos, e Pereira *et al.* (2017), com 74,54 pontos. O artigo com maior número de citações foi o de Pereira *et al.* (2017), com 67 citações, seguido por Augusti *et al.* (2017), com 61 citações, e Maia *et al.* (2020), com 55 citações.

Com relação ao fator de impacto (FI), somente dois estudos apresentaram essa informação, com valores de 1,3 e 1,1, respectivamente. Além disso, foi identificado apenas um estudo com delineamento longitudinal, publicado por Cabral *et al.* (2021).

Analisando, na figura 2, o número de publicações consoante os estados brasileiros onde os estudos foram aplicados, observou-se que os estados com maiores publicações foram de Minas Gerais (MG) e Piauí (PI) com 3 publicações;

Mato grosso do Sul (MS), Pernambuco (PE), Paraná (PR) e São Paulo (SP) com 2 publicações; Distrito Federal (DF), Mato Grosso (MT), Paraíba (PB) e Rondônia (RN) com 1 publicação. Observa-se visualmente pela geolocalização que as publicações foram bem distribuídas nas intersecções entre os estados da região sul, sudeste e centro-oeste e, também, presente na região nordeste do Brasil.

Figura 2 – Mapeamento das produções científicas sobre a temática.



Fonte: Autoria própria, *Software GeoDA*, 2024.

No que se refere às instituições de pesquisa onde os primeiros autores dos estudos estão vinculados, observou-se uma prevalência em relação às instituições do estado de Minas Gerais, totalizando 4 publicações provenientes da Faculdade de Medicina de Itajubá, da Universidade Estadual de Montes Claros e da Universidade Federal de Minas Gerais. Seguido pelo estado de Pernambuco com 3 instituições; pelos estados do Paraná, Piauí, e São Paulo com duas publicações e pelo Distrito Federal, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba e Rio Grande do Norte com 1 instituição cada, conforme o quadro 2:

Quadro 2 – Número de publicações sobre a temática de acordo com as instituições do 1º autor (continua)

ESTADO/UF (Nº TOTAL PUBLICAÇÕES)	INSTITUIÇÃO DO 1º AUTOR	Nº PUBLICAÇÕES
Distrito Federal/DF (1)	Universidade de Brasília	1
Mato Grosso/MT (1)	Universidade do Estado do Mato Grosso	1
Mato Grosso do Sul/MS (1)	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	1
Minas Gerais/MG (4)	Faculdade de Medicina de Itajubá	1
	Universidade Estadual de Montes Claros	2
	Universidade Federal de Minas Gerais	1
Paraíba/PB (1)	Universidade Federal de Campina Grande	1
Paraná/PR (2)	Universidade Federal do Paraná	2

Quadro 2 – Número de publicações sobre a temática de acordo com as instituições do 1º autor
(conclusão)

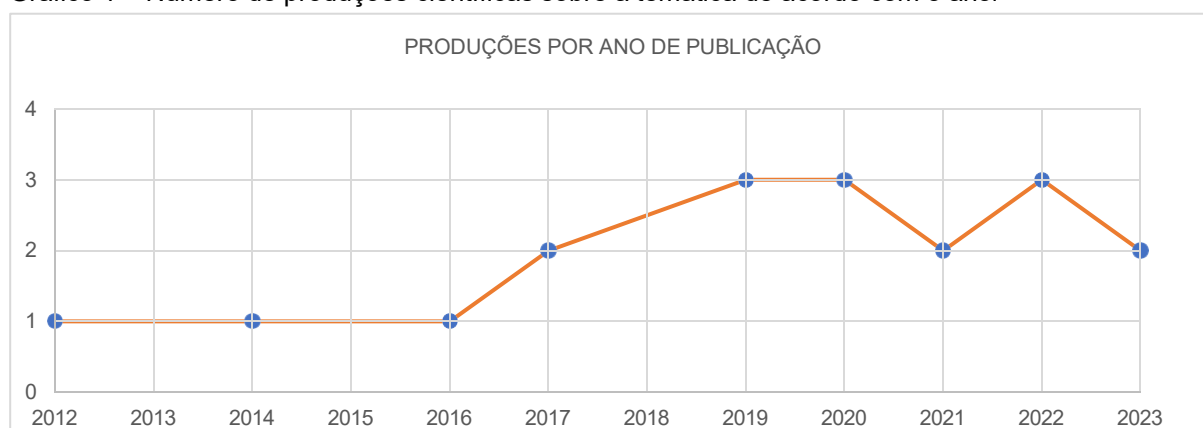
ESTADO/UF (Nº TOTAL PUBLICAÇÕES)	INSTITUIÇÃO DO 1º AUTOR	Nº PUBLICAÇÕES
Pernambuco/PE (3)	Hospital de Câncer de Pernambuco	1
	Universidade Federal de Pernambuco	2
Piauí/PI (2)	Universidade Federal do Piauí	2
Rio Grande do Norte/RN (1)	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	1
São Paulo/SP (2)	Universidade Estadual de Campinas	1
	Universidade Federal de São Carlos	1

Fonte: Autoria própria, 2024.

Sobre os periódicos/revistas que mais publicaram sobre a temática, houve destaque para as revistas: “Ciência & Saúde Coletiva”, “Revista Brasileira de Enfermagem” e “Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia”, todas as citadas com 2 publicações cada.

A partir do Gráfico 1, que apresenta o número de produções por ano de publicação, nota-se que foram selecionados apenas 1 produção por ano nos anos de 2012, 2013 e 2016, havendo um aumento para 2 publicações em 2017 e para 3 publicações no ano de 2019 que se manteve no ano de 2020. No ano de 2021 houve 2 publicações e um aumento para 3 em 2022, retornando para 2 publicações em 2023. A partir disso, pode-se afirmar a baixa produção no Brasil sobre a temática, pois não houve registro quantitativo superior a 3 publicações por ano conforme a metodologia de busca adotada, considerando o contexto nacional.

Gráfico 1 – Número de produções científicas sobre a temática de acordo com o ano.

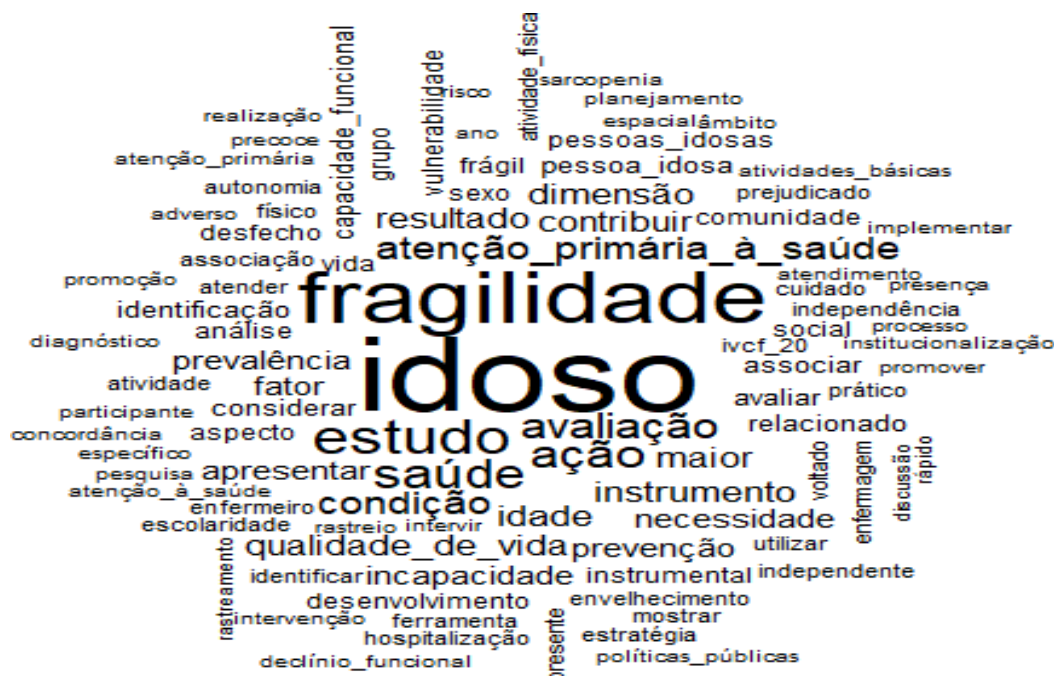


Fonte: Autoria própria, 2024.

Verificando o conteúdo apresentado nas conclusões dos artigos selecionados, utilizando da nuvem de palavras, um método de análise de conteúdo em que há o destaque do tamanho das palavras com maior frequência nos textos atribuídos, observa-se na Figura 3, uma grande abordagem entre os termos “idoso” e

“fragilidade”. O que fortalece a relação entre a pergunta norteadora proposta e os estudos encontrados.

Figura 3 – Nuvem de palavras sobre as conclusões dos artigos selecionados



Fonte: Autoria própria, *Software Iramuteq*, 2024.

Outras palavras como "avaliação", "saúde", "atenção primária à saúde", "condição" e "instrumento" também foram identificadas com alta frequência, caracterizando o escopo dos estudos. Esses termos destacam a importância da avaliação da saúde do idoso, especialmente no contexto da fragilidade, e ressaltam a relevância da APS como cenário crucial para a intervenção e promoção da saúde nessa população.

2.5 DISCUSSÃO

A partir da síntese descritiva, identificou-se a predominância de estudos com delineamento transversal, que, embora contribuam para mapear o perfil da fragilidade na APS, limitam a compreensão sobre causalidade e evolução temporal da condição. Observou-se também maior concentração de pesquisas nas regiões Sudeste e Nordeste, especialmente em Minas Gerais e Piauí, e ausência de estudos provenientes da região Norte. Essa lacuna evidencia desigualdades na produção científica nacional e reforça a necessidade de investigações que contemplem

realidades regionais menos assistidas, marcadas por vulnerabilidade social e desafios específicos na organização dos serviços de saúde.

As limitações metodológicas e geográficas identificadas destacam a importância do desenvolvimento de estudos longitudinais e de intervenções avaliativas voltadas para a APS, como programas de exercício físico multicomponente adaptados ao contexto local. Estratégias que associam exercícios de força, equilíbrio, mobilidade e resistência demonstram potencial na prevenção e manejo da fragilidade (Izquierdo *et al.*, 2021), favorecendo a autonomia e a qualidade de vida dos idosos.

Os estudos revisados reforçam o papel estratégico da APS na identificação precoce e no acompanhamento longitudinal da fragilidade, possibilitando a antecipação de agravos, a reabilitação precoce e a minimização dos impactos das doenças crônicas sobre a funcionalidade (Maia *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2021; Ribeiro *et al.*, 2022). Para isso, é fundamental adotar avaliações que integrem aspectos funcionais, clínicos e psicossociais, utilizando instrumentos multidimensionais capazes de fornecer diagnósticos abrangentes e subsidiar intervenções direcionadas (Cesari *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2017; Maia *et al.*, 2020).

Entre os instrumentos identificados com alta aplicabilidade na APS, destacam-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20) e a Escala de Fragilidade de Edmonton, ambos indicados para triagem rápida (Ribeiro *et al.*, 2022; Brito *et al.*, 2023). O IVCF-20, além de apoiar a identificação da vulnerabilidade e demandas prioritárias dos idosos, contribui para organizar os fluxos assistenciais e orientar encaminhamentos na rede de atenção (Barra *et al.*, 2023). Outros instrumentos relevantes incluem o BOMFAQ, a Avaliação Subjetiva de Fragilidade e o VES-13, que também contribuem para o cuidado integral à saúde da pessoa idosa (Moraes *et al.*, 2016; Melo *et al.*, 2022). No entanto, a ausência de protocolos sistematizados para o rastreio da fragilidade na APS permanece como um desafio.

Nesse sentido, iniciativas como a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI), inserida no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) apresentam-se como alternativas viáveis para avaliações estruturadas, articulando diferentes instrumentos e organizando informações essenciais para o acompanhamento contínuo da fragilidade (Silva *et al.*, 2019; Cabral *et al.*, 2021). Apesar de não terem sido mencionadas nos estudos revisados, essas ferramentas oferecem potencial para aprimorar o cuidado na APS e podem ser exploradas em pesquisas futuras.

Os resultados também evidenciam a necessidade de estratégias voltadas à manutenção da funcionalidade dos idosos, por meio do uso sistemático de instrumentos como o Índice de Katz e a Escala de Lawton, essenciais para a identificação precoce da incapacidade funcional e para o planejamento de ações preventivas (Pereira *et al.*, 2017). Além disso, a relação entre fragilidade e fatores psicossociais, como depressão e insatisfação com a vida (Oliveira *et al.*, 2021; Cabral *et al.*, 2021), destaca a importância de abordagens integrativas que considerem aspectos emocionais e sociais no cuidado em saúde.

Entre os principais preditores da fragilidade, ressalta-se a baixa força muscular, a sarcopenia, as doenças crônicas e o isolamento social (Cesari *et al.*, 2017). A sarcopenia, em especial, apresenta forte associação com o declínio funcional e o aumento da vulnerabilidade dos idosos. A detecção precoce dessa condição na APS pode favorecer intervenções preventivas, como a prática regular de exercícios físicos e uma alimentação adequada, contribuindo para a preservação da independência funcional e da qualidade de vida (Carvalho *et al.*, 2022).

Diante dos achados, observa-se que a APS possui potencial para aprimorar o manejo da fragilidade, embora persistam desafios relacionados à padronização dos instrumentos e à implementação de políticas sistematizadas. A incorporação de avaliações multidimensionais, aliada ao uso de ferramentas como a CSPI, pode fortalecer ações preventivas e ampliar a qualidade do cuidado ofertado aos idosos (Cabral *et al.*, 2021; Ribeiro *et al.*, 2019).

No entanto, é relevante considerar as limitações específicas desta pesquisa. Embora tenha sido utilizada diversas bases de dados para coletar as evidências, é importante notar que outras fontes de informação científica, como teses e dissertações, e buscas manuais em periódicos específicos ou nas referências dos estudos selecionados, poderiam ter sido exploradas de maneira mais abrangente. A estratégia metodológica pode ter levado à exclusão de publicações relevantes.

Apesar dessas limitações, os resultados obtidos reforçam a importância de integrar a avaliação funcional, clínica e social no rastreio da fragilidade na APS, garantindo uma abordagem mais completa e efetiva para o cuidado à pessoa idosa. Nesse sentido, a implementação de instrumentos multidimensionais e a sistematização de protocolos na APS são fundamentais para ampliar o alcance das ações preventivas e garantir uma melhor qualidade de vida para os idosos atendidos no sistema de saúde público brasileiro.

2.6 CONCLUSÃO

A análise detalhada da produção científica sobre a avaliação da promoção e prevenção da saúde da pessoa idosa, com foco no declínio funcional, na fragilidade e nos fatores associados, evidenciou que a fragilidade é uma condição multifatorial, associada a aspectos funcionais, clínicos e psicossociais. Os estudos revisados destacam a importância da APS na prevenção e no monitoramento dessa condição, reforçando a necessidade de abordagens que promovam a funcionalidade e a qualidade de vida da população idosa.

As descobertas da presente revisão indicam que instrumentos como o BOMFAQ, VES-13, IVCF-20, a Escala de Fragilidade de Edmonton e a Avaliação Subjetiva de Fragilidade são ferramentas eficientes para o rastreio da fragilidade na APS. Observou-se que a identificação precoce da fragilização e o acompanhamento contínuo dos indivíduos permitem antecipar agravos, viabilizar a reabilitação precoce e minimizar os impactos das doenças crônicas na funcionalidade.

Em suma, destaca-se a necessidade de que a APS amplie estratégias de prevenção, fortaleça o cuidado multiprofissional e implemente avaliações multidimensionais e rastreios sistematizados, promovendo um cuidado integral e alinhado às diretrizes do SUS. Além disso, recomenda-se a realização de pesquisas com delineamentos longitudinais e metodologias robustas para acompanhar a evolução da fragilidade e do declínio funcional, contribuindo para o aprimoramento das práticas assistenciais e das políticas públicas voltadas à saúde da pessoa idosa, considerando as variações regionais e sociais no contexto geográfico brasileiro.

3 O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA PERSPECTIVA DE PARTICIPANTES IDOSOS DE UM GRUPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

O envelhecimento saudável está associado ao processo de manutenção da capacidade funcional, permitindo o bem-estar na velhice. Este estudo tem como objetivo identificar as representações sociais de participantes idosos do grupo “Amigos da Saúde”, ofertado por uma Unidade de Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná, sobre o envelhecimento saudável e os cuidados com a saúde. Utilizou-se a técnica de grupo focal, e aplicou-se análise de conteúdo, fundamentada na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. Participaram da primeira sessão, 20 voluntárias, e da segunda, 15. A escolha do grupo focal, técnica qualitativa amplamente empregada nas ciências sociais, mostrou-se eficaz por favorecer a troca de experiências e estimular reflexões coletivas. Os resultados indicam que o grupo desempenha um papel significativo, oferecendo não apenas práticas corporais, mas também oportunidades de socialização e apoio emocional. Verificou-se que a participação contínua favorece a autonomia e a qualidade de vida. Os achados também evidenciam a necessidade de maior apoio institucional para a continuidade das atividades, especialmente em termos de infraestrutura e participação multiprofissional. Além disso, foram identificadas barreiras à participação masculina, relacionadas a fatores culturais e estruturais que merecem ser aprofundados em futuras investigações. O estudo contribui para a compreensão das dinâmicas sociais e simbólicas relacionadas ao envelhecimento e aos cuidados com a saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde, reforçando a importância de iniciativas que promovam o bem-estar e estimulem a prática de exercícios físicos como parte de um envelhecimento saudável.

3.1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global associado à transição demográfica, caracterizada pela redução nas taxas de mortalidade e natalidade (Miranda; Mendes; Da Silva, 2016; Delventhal; Fernández-Villaverde; Guner, 2021). Essa transição ocorre há mais de um século e tem sido amplamente discutida pela comunidade científica.

No território brasileiro, o número de pessoas idosas, com 60 anos ou mais, representa 15,6% da sua população, de acordo com censo realizado pelo IBGE em 2022, apresentando um aumento de 56% em relação ao ano de 2010, quando registrava 10,8%. Um outro indicador para o envelhecimento da população é o índice de envelhecimento, que considera a população com 65 anos ou mais em relação a população de zero a 14 anos, onde se atingiu em 2022, um percentual de 55,2%

peessoas idosas para cada 100 crianças, enquanto que essa taxa representava 30,7% no ano de 2010 (AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS, 2023).

Essa mudança no perfil etário da sociedade exige intervenções do Estado por meio de políticas públicas fundamentais, visto que surgem novos desafios, como nos sistemas de saúde e previdenciário. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2025), um dos principais efeitos da mudança demográfica está relacionado com o acesso a recursos básicos para uma vida digna.

No que se refere à saúde da população, o envelhecimento populacional também se vincula com a transição epidemiológica, em que as doenças crônicas e degenerativas, geralmente associadas com faixas etárias mais elevadas, passam a se destacar em maiores taxas de mortalidade, exigindo ações preventivas e de acompanhamento constante pelas redes de assistência à saúde (Oliveira, 2019; Miranda; Mendes; Da Silva, 2016).

Durante o envelhecimento humano, ocorrem diversas mudanças fisiológicas e um maior risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como doenças cardíacas, distúrbios respiratórios, câncer e demência. Muitas das DCNT podem ser prevenidas ou controladas com a adoção de comportamentos saudáveis e detecção precoce (Oliveira, 2019; WHO, 2015).

O envelhecimento saudável está associado com a manutenção da capacidade funcional, permitindo o bem-estar na velhice. Ou seja, relaciona-se com as capacidades física e mentais e com os ambientes, como relacionamentos, atitudes, valores, políticas sociais e de saúde (WHO, 2015). Nesse sentido, as oportunidades sociais e econômicas disponíveis ao longo do curso da vida influenciam para escolhas saudáveis (WHO, 2020).

Os profissionais de saúde devem considerar as mudanças inerentes, ou não, ao envelhecimento, com a identificação de agravos, acompanhamento e abordagem precoce, não se restringindo a doenças específicas ou grupo de doenças e buscando preservar a autonomia do indivíduo, com relação as limitações funcionais e ao nível de dependência para o exercício das atividades de vida diária (Brasil, 2006; Maeyama *et al.*, 2020).

No Brasil, a saúde pública é ofertada pelo SUS, no qual, a APS apresenta-se como uma porta de entrada para as necessidades de saúde da população, fornecendo ações individuais, familiares e coletivas, através de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, com equipe multiprofissional e em território definido (Brasil, 2017).

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo geral, identificar representações sociais de participantes idosos do grupo “Amigos da Saúde” ofertado por uma UESF no município de Ponta Grossa, Paraná, sobre o envelhecimento saudável e os cuidados com a saúde.

Para esse propósito, são estabelecidos os seguintes objetivos específicos: analisar as representações sociais construídas pelos participantes idosos sobre o grupo "Amigos da Saúde", suas atividades e a percepção sobre o papel dos profissionais envolvidos, considerando as perguntas estruturadas na primeira sessão do grupo focal. Ainda, investigar a percepção dos participantes idosos sobre o impacto da participação no grupo para a sua saúde e as representações sociais acerca do envelhecimento saudável, conforme discutido na segunda sessão do grupo focal.

Para alcançar esses objetivos, utilizou-se a técnica de grupo focal, conforme Kind (2004), para a coleta de dados. Os discursos foram analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), permitindo uma interpretação aprofundada das representações e significados compartilhados pelos participantes.

Nesse contexto, fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (1978, p. 26), segundo a qual a representação social é “uma modalidade de conhecimento particular, que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”. Assim, as representações sociais remetem ao conhecimento produzido pelo senso comum, articulado e compartilhado coletivamente. Funcionam como uma teoria implícita sobre objetos sociais, conferindo significado à realidade social. Além disso, estruturam identidades, organizam a comunicação e orientam condutas, sendo construídas a partir das práticas sociais e dinâmicas grupais (Jodelet, 2001).

Moscovici (2012) destaca dois processos fundamentais na construção das representações sociais: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem, que consiste na incorporação de um novo conceito ao conhecimento pré-existente, associando-o a categorias já familiares. A objetivação, por sua vez, ocorre quando esse conceito se concretiza em elementos tangíveis e compartilháveis, tornando-se parte do repertório simbólico do grupo. Esses mecanismos são fundamentais para a interpretação e ressignificação da realidade, uma vez que permitem que os indivíduos compreendam e reorganizem suas experiências a partir das interações cotidianas.

3.2 METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, utilizou-se o método descritivo-exploratório, de caráter quali-quantitativo (Gil, 2008), sendo fundamentado pela psicologia social crítica e adotando a técnica de grupo focal para a investigação. Por se tratar de um estudo com seres humanos, há aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) sob o protocolo de nº 5.475.110 (anexo 1). Também, os convidados que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice 1).

Esta pesquisa integra uma Dissertação de Mestrado e tem como foco o grupo “Amigos da Saúde”, composto por 108 participantes ativos. Dentre esses, 35 atenderam aos critérios de elegibilidade do estudo e 20 aceitaram participar. A amostra é formada por pessoas idosas que fazem parte desse grupo, vinculado a uma UESF em Ponta Grossa, Paraná, cuja proposta central é a promoção do exercício físico e da qualidade de vida. De acordo com participantes, o grupo é ofertado desde o ano de 2009, aproximadamente.

Para a participação no estudo, foram estabelecidos critérios de elegibilidade que consideram as particularidades da pessoa idosa. Foram incluídos participantes com idade igual ou superior a 60 anos, conforme o Artigo 1º da Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 (Brasil, 2003). Além disso, os participantes deveriam residir no município de Ponta Grossa, Paraná e ter frequentado o grupo “Amigos da Saúde” por três anos consecutivos (2022-2024), conforme registros de presença. Esse critério considerou o retorno das atividades do grupo após a interrupção causada pela pandemia da Covid-19, um marco relevante na continuidade das interações sociais e no fortalecimento do vínculo entre os participantes.

Reconhecendo as especificidades da população idosa, como eventuais dificuldades de concentração prolongada e a necessidade de maior tempo para assimilação das informações, o grupo focal foi organizado em duas sessões de aproximadamente 40 minutos cada, com um intervalo de 20 minutos entre elas. Esse intervalo teve um papel fundamental para evitar o cansaço excessivo, permitindo que os participantes se mantivessem engajados na discussão. Além disso, ao dividir o encontro em dois momentos, buscou-se criar um ambiente mais acessível e dinâmico, favorecendo a reflexão e a aproximação gradual com o tema. A estrutura das sessões também foi planejada para respeitar os ritmos individuais, garantindo que todos

tivessem oportunidade de expressar suas percepções de maneira confortável e sem pressões de tempo.

Para a condução das perguntas e a organização das sessões, foram adotadas estratégias que levassem em consideração as particularidades do grupo, garantindo uma abordagem sensível e respeitosa. Buscou-se criar um ambiente acolhedor, que incentivasse a participação ativa dos participantes idosos, permitindo que expressassem livremente suas experiências e percepções. Para isso, foi seguido um roteiro estruturado com perguntas previamente estabelecidas, elaboradas de forma clara e acessível, facilitando a compreensão e estimulando o diálogo de maneira natural e espontânea.

Sessão 1:

- a) Quais são as atividades realizadas e quem são os responsáveis pelo grupo “Amigos da Saúde”?
- b) Quais são as profissões de quem atua no grupo?
- c) Como você ficou sabendo desse grupo quando começou a participar?
- d) Há quanto tempo participa do grupo?
- e) Qual é a faixa etária dos participantes? Possui mais homens ou mulheres?
- f) Qual a distância do grupo até a sua casa? Qual o seu meio de transporte para participar?
- g) Tem algo no grupo que você não gosta ou que poderia melhorar?

Sessão 2:

- a) Como está sua saúde? Teve alguma mudança depois que começou a participar das atividades do grupo?
- b) O que é necessário para envelhecer de forma saudável?
- c) Tem algum hábito que você deixou de fazer ao longo da sua vida?
- d) Alguém do teu convívio fala que você precisa cuidar da tua saúde?
- e) Onde você consegue informações sobre saúde?

O grupo focal foi conduzido por um moderador e um observador, dois acadêmicos de um Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas. O moderador possuiu como principal função, manter o grupo em interação e o observador, validou a investigação analisando a rede de interações e implicações do moderador em relação à pesquisa e o grupo analisado (Kind, 2004).

O estudo seguiu as etapas apresentadas por Kind (2004), de abertura, preparação, debate, encerramento, discussão e ação posterior. Na etapa de abertura,

os participantes foram orientados a se colocarem sentados dispostos em círculo e o moderador realizou uma breve introdução sobre os objetivos do estudo. Houve a orientação para que os participantes aguardassem as falas dos demais para expressarem suas opiniões. Frisou-se que o anonimato seria mantido e que a pesquisa ocorre de modo independente, assim, nenhuma fala pode acarretar em algum tipo de prejuízo nos atendimentos da UESF.

Na etapa de preparação, para instigar a participação, houve uma breve dinâmica, na qual foi instruído aos participantes comentarem qual a primeira palavra ou o que pensam quando se escuta a palavra “idoso”. Posteriormente foi solicitado que contassem suas idades.

Para a etapa de debate, durante as sessões 1 e 2, como método para estimular a realização das respostas, cada participante recebeu um número, sendo sorteados para a definição do primeiro comentário em cada pergunta. Em seguida os outros participantes foram estimulados a também apresentarem seu ponto de vista sobre o assunto de forma ordenada. Ao final da sessão 2, foi realizada a etapa de encerramento, onde o moderador apresentou um breve resumo sobre o que foi discutido e abriu espaço aos comentários livres acerca da temática discutida.

Foi realizada captação de áudio durante todas as etapas do grupo focal, utilizando um aparelho celular da marca *Samsung*, modelo *Galaxy S20 FE*. Sendo a gravação comunicada e autorizada ao início das atividades por todos os presentes. A gravação do áudio foi transcrita e o material foi analisado a partir da análise de conteúdo pela construção de categorias de análise (Bardin, 2011).

Como forma de preservar a identidade dos participantes, as falas apresentadas no estudo foram citadas como PI (Pessoa Idosa) seguido por uma numeração ordinal (1, 2, 3...) respectivamente para respostas, diferentes em cada pergunta a partir dos sorteios.

3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A etapa de discussões e resultados inicia-se com a análise das sessões do grupo focal realizadas com os participantes do grupo “Amigos da Saúde”. Na primeira sessão, 20 voluntárias aceitaram participar, todas do gênero feminino, contribuindo ativamente para o debate.

Na segunda sessão, o grupo contou inicialmente com 15 participantes da amostra original, que já haviam participado da primeira sessão, mas ao longo do

encontro, três se retiraram por motivos pessoais alheios ao estudo, resultando em um total de 12 participantes até o encerramento da discussão. Ainda assim, todas as contribuições registradas, mesmo daqueles que não permaneceram até o final, foram consideradas na análise, garantindo que suas percepções fossem incorporadas aos resultados.

O número de participantes foi avaliado como adequado, uma vez que, em pesquisas qualitativas, grupos menores são frequentemente recomendados para maximizar a profundidade das discussões e a riqueza das ideias compartilhadas (Dall'Agnol; Trench, 1999). Dessa forma, a estrutura das sessões permitiu um ambiente propício para reflexões detalhadas, favorecendo a troca de experiências entre os participantes idosos e proporcionando uma análise mais aprofundada das representações e percepções do grupo.

Em relação às 20 pessoas que aceitaram participar inicialmente, de acordo com a idade relatada, a maior idade refere-se a 80 anos e a menor, 62 anos. A média inicial do grupo resultou em 71 anos. Na sessão 1, foram abordadas questões referentes a estrutura e organização do grupo “Amigos da Saúde”, devido a não existirem registros sobre quais são as atividades desenvolvidas. Na segunda sessão, priorizaram-se discussões relacionadas às concepções sobre o envelhecimento saudável e cuidados com a saúde.

O fato de não serem encontrados registros públicos sobre a história do grupo, assim como as atividades desenvolvidas, faz-se refletir sobre a necessidade de construção de fontes de informação. Visto que se trata de um projeto desenvolvido em ambiente público e com participação da comunidade. Atualmente o registro da história e da memória se dá por documentos gerados por organizações, pessoas e famílias, mas para que se promovam pesquisas históricas, torna-se necessário a acessibilidade para a informação (Merlo; Konrad, 2015).

Assim se destaca a importância de se identificar as representações sociais sobre as atividades desenvolvidas e sobre o contexto de cuidados com a saúde com as participantes do grupo “Amigos da Saúde”, pois essas representações partem de sistemas de interpretações que regem as relações entre as pessoas, organizando as condutas e comunicações sociais. São fenômenos complexos, ativos na vida social, com diversos elementos sobre o estado da realidade como: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, de crenças, de valores e atitudes (Jodelet, 2001).

3.3.1 O Envelhecimento Humano

O envelhecimento humano é um fenômeno complexo, progressivo e heterogêneo, envolve mecanismos que influenciam nas habilidades de desempenhar funções básicas do cotidiano, com diferentes níveis de reduções na capacidade funcional e na autonomia. Esse processo é fortemente influenciado por variáveis como renda, sexo, raça/cor, etnia e território (Sampaio, 2020; Brasil, 2023).

Ao longo da história da humanidade, as pessoas idosas foram tratadas em diferentes perspectivas, positivas ou negativas. No aspecto negativo, o menosprezo por parte da sociedade pode estar vinculado ao descrédito para a experiência de vida em relação a valorização ao sujeito enquanto produtivo economicamente. Existem estereótipos frequentemente associados a feiura, fragilidade, doenças e demência (Beauvoir, 1990; Datilo; Cordeiro, 2015; Freitas, 2022).

Com essa perspectiva, a pesquisa iniciou-se com uma dinâmica em que as participantes foram convidadas a relatar o primeiro pensamento que lhes vinha à mente ao ouvir a palavra “idoso”. O objetivo era identificar as representações sociais sobre a velhice, compreendendo tanto como a pessoa idosa é vista pela sociedade quanto como as próprias participantes se reconhecem nessa faixa etária. Esse momento inicial proporcionou um espaço de reflexão e expressão, permitindo que as participantes trouxessem percepções construídas ao longo da vida e influenciadas por fatores sociais e culturais.

A escolha do grupo focal, técnica qualitativa amplamente empregada nas ciências sociais para coletar dados por meio de discussões em grupo sobre temas específicos (Gatti *et al.*, 2015), revelou-se uma estratégia eficaz nesse contexto. No estudo do envelhecimento e da saúde, essa abordagem permitiu não apenas aprofundar as percepções dos participantes idosos, mas também favorecer a troca de experiências, estimulando reflexões coletivas que ampliaram a compreensão sobre as representações da velhice e do bem-estar nessa etapa da vida (Gatti *et al.*, 2015).

A busca pela saúde ao longo do envelhecimento é um tema central nas pesquisas sobre pessoas idosas, sendo influenciada por fatores psicológicos, sociais e culturais (Rabelo; Arruda, 2020). Para Rabelo e Arruda (2020), dentre esses fatores, a religiosidade e a espiritualidade emergiram como elementos importantes na promoção do bem-estar subjetivo, oferecendo suporte emocional e contribuindo para a manutenção da saúde mental. Duarte *et al.* (2008), indica que essas dimensões

favorecem uma percepção mais otimista da vida e auxiliam no enfrentamento dos desafios associados ao envelhecimento.

Os resultados do estudo evidenciam que a relação entre saúde física e práticas religiosas ou espirituais exerce uma influência direta na qualidade de vida dos participantes idosos. Essa constatação pode ser analisada à luz da Teoria das Representações Sociais de Moscovici (2012), especialmente pelo conceito de ancoragem. A ancoragem ocorre quando um novo conceito é assimilado ao universo de conhecimento pré-existente, sendo incorporado a categorias já familiares. No caso dos participantes, a saúde e a religiosidade foram ressignificadas a partir de suas experiências individuais e coletivas, consolidando-se como elementos centrais na construção do bem-estar e da identidade na velhice. Dessa forma, as representações sociais evidenciadas nas discussões reforçam a interdependência entre os aspectos físicos, emocionais e simbólicos no envelhecimento, demonstrando como as crenças e vivências influenciam a percepção da própria trajetória e o enfrentamento dos desafios dessa fase da vida.

Analisando o *Corpus* Textual das respostas, as cinco maiores ocorrências foram: “idade” (dez ocorrências); “saúde” (nove ocorrências); “agradecer” (sete ocorrências); “Deus” e “estar” (seis ocorrências); “ano”, “feliz” e “tudo” (cinco ocorrências).

Observou-se uma diversidade de percepções sobre o processo de envelhecimento entre os participantes, com um predomínio de uma visão positiva (17 respostas), enquanto uma perspectiva negativa foi identificada em menor proporção (três respostas), conforme apresentado no quadro 1:

Quadro 1 – Percepções de pessoas idosas sobre a palavra “idoso”, Ponta Grossa, Paraná, 2025.

(continua)

PERSPECTIVA POSITIVA SOBRE A PALAVRA “IDOSO”	
Nº	
1	“Saúde” (PI 1).
2	“Feliz, eu acho que estou feliz com essa idade que eu tenho” (PI 2).
3	“Eu também, considero que saúde é tudo na vida” (PI 3).
4	“Estar bem” (PI 4).
5	“Pois olha, eu tenho orgulho da minha idade [risos], chegar até aqui cheia de saúde” (PI 5).
6	“Também, posso dizer que eu tô com * anos e, olha, eu trabalho direto e faço ginástica e a primeira coisa que eu lembro fazer é que Deus me abençoe, que dê bastante saúde pra mim” (PI 6).
7	“Eu também agradeço por eu estar com * e me sentir bem e não ter nenhum problema assim de saúde, não tenho diabetes, não tenho, a única coisa que eu sou hipertensa né, só” (PI 7).
8	“Eu agradeço pela idade que eu tenho, estou lutando. E o respeito pelos humanos, pelos idosos principalmente” (PI 10).

Quadro 1 – Percepções de pessoas idosas sobre a palavra “idoso”, Ponta Grossa, Paraná, 2025.
(conclusão)

PERSPECTIVA POSITIVA SOBRE A PALAVRA “IDOSO”	
9	“Eu tenho * anos de idade e ainda me sinto bastante útil, sabe, faço tudo o trabalho da casa, procuro me interagir com as pessoas, né, amigos e onde tem um grupo eu tô, quando eu tenho tempo, assim, eu procuro ir, sabe, me sinto muito feliz nesse grupo aí” (PI 11).
10	“Saúde, felicidade e exercício físico” (PI 12).
11	“Eu tenho * anos e também agradeço por tudo, por ter participado da atividade, faço caminhada, agradeço a Deus por tudo, pela saúde” (PI 13).
12	“Saúde e perseverança no nosso exercício e satisfação com a vida” (PI 14).
13	“A melhor idade” (PI 15).
14	“Gratidão a Deus” (PI 16).
15	“Eu tô vivendo a minha melhor fase da vida, com * que fiz agora, dia *, tô me sentindo super feliz e grata a Deus por tudo isso” (PI 18).
16	“Grata a Deus pela idade e experiência, muita experiência” (PI 19).
17	“Eu sou bem feliz por participar das atividades, porque assim a gente aprendeu a se cuidar mais e ter mais saúde. Faz uns 15 anos que eu pertenco a essa unidade” (PI 20).
PERSPECTIVA NEGATIVA SOBRE A PALAVRA “IDOSO”	
1	“Ah, pra mim, eu agradeço a minha idade, * anos, mas, olha, tá difícil, tá bravo o negócio, pressão alta e aí pra frente” (PI 8).
2	“Eu agradeço pela idade, mas é uma praga, olha, é uma desgraça pura, eu não queria ser a melhor idade pra ser “tongo” e “paião” dos outros, a única vantagem ainda é andar de graça de ônibus, por enquanto” (PI 9).
3	“Eu agradeço a Deus, mas eu acho uma idade difícil” (PI 17).

*: informações referentes a idade/anos ocultadas.

Fonte: Autores, Grupo “Amigos da Saúde”, 2025.

A ênfase dada à saúde e à prática de exercícios físicos nos discursos de alguns dos participantes pode ter sido influenciada pela apresentação dos objetivos elucidados no início do grupo. No entanto, à medida que as discussões avançaram, outras dimensões do envelhecimento emergiram de forma espontânea nos relatos. Entre os aspectos mencionados, destacam-se a valorização do bem-estar emocional, expressa na ideia de sentir-se feliz, a convivência com DCNT, a importância da interação social, a construção de experiência ao longo da vida e a busca por independência. Esses elementos evidenciam a complexidade do envelhecimento, indo além da saúde física e refletindo percepções mais amplas sobre qualidade de vida e autonomia na velhice.

3.3.2 O Grupo Amigos da Saúde

Neste tópico, apresenta-se a análise das discussões ocorridas na sessão 1, com o objetivo específico de investigar as representações sociais construídas pelos participantes sobre o grupo “Amigos da Saúde”, suas atividades e a percepção do papel dos profissionais envolvidos. A estrutura da análise foi guiada pelas perguntas

estruturadas no primeiro encontro do grupo focal, permitindo uma compreensão aprofundada das experiências e percepções dos participantes. Para organizar os resultados, foram definidos os seguintes eixos temáticos: organização do grupo, atuação multiprofissional, meios de divulgação, mobilidade e formas de acesso, faixa etária e gênero e satisfação com o grupo.

Organização do Grupo:

A partir do questionamento sobre quais são as atividades realizadas e quem são os responsáveis, foi possível compreender que os encontros do grupo “Amigos da Saúde” ocorrem em dois dias por semana, com duração de uma hora, sendo ofertados por uma UESF. São realizadas prioritariamente ações voltadas à prática do exercício físico, orientadas por Profissionais de Educação Física.

De modo geral, até o ano de 2024, as atividades no grupo foram coordenadas por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS). Observou-se pelos comentários dos participantes, que o grupo mantém seu funcionamento desde o ano de 2009 aproximadamente, como no seguinte relato:

Já faz uns 13, 14 anos que eu participo desse grupo, e eu adoro fazer exercício, aqui eu aprendi a me cuidar melhor, fazer exercício, caminhada, que é pra bem, então nem que não venha aqui, em casa, eu tô fazendo exercício lá pra mim ter saúde (PI 20).

Dentre as práticas mencionadas pelos participantes, destacam-se ginásticas, danças, alongamentos e jogos de memória. Segundo uma das participantes, rotineiramente ao início das sessões há a aferição da pressão arterial e realização de um momento de orações. Tornou-se notável também, não somente a promoção do exercício físico, como também a importância do grupo para as relações sociais entre os seus integrantes, conforme o seguinte apontamento:

O nosso grupo funciona muito bem, faz 11 anos que eu comecei, foi um momento assim que eu estava depressiva, com problemas de família, né, e foi onde eu me entrosei no grupo e levantou minha autoestima. Foi muito bom o nosso grupo (PI 14).

A partir das falas do grupo, percebeu-se um interesse geral pela prática de exercícios físicos e pela participação no grupo. Este fato vai ao encontro com a busca por um envelhecimento bem sucedido, visto que a prática de atividades físicas regulares pode-se associar com o controle de doenças crônicas, do comprometimento cognitivo e da incapacidade funcional, também atuando no menor risco de quedas (Gopinath, 2018; Socoloski, 2021).

Considerando um parâmetro para a prática regular de atividades físicas, de acordo com o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (Brasil, 2021), para as pessoas idosas deve-se praticar ao menos 150 minutos de atividades físicas moderadas por semana, ou 75 minutos de atividades físicas vigorosas. Considera-se que atividades físicas são consideradas quaisquer atividades que possuem seu gasto energético acima do nível de repouso, como caminhar, carregar objetos e dançar.

Destaca-se que este documento orienta a buscar uma Unidade Básica de Saúde, pois em algumas existe a oferta de programas e ações de atividades físicas (Brasil, 2021). Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) as práticas corporais e atividades físicas são consideradas um tema de relevância para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, assim como a alimentação adequada e saudável, enfrentamento do uso de tabaco e derivados e do uso abusivo de álcool e a promoção da cultura da paz.

Por esse parâmetro, a quantidade semanal de encontros do grupo “Amigos da Saúde” torna-se adequado para a prática de atividades físicas, considerando que possui dois encontros de 60 minutos, acrescentando as atividades que os participantes possam realizar fora do horário das sessões.

Atuação multiprofissional:

A partir da pergunta sobre quais as profissões compõem as atividades, além da atuação dos Profissionais de Educação Física e de ACSs, destacou-se, com menor frequência, ações por profissionais de Enfermagem, de Psicologia e a presença de estagiários da área da saúde. Conforme os dois seguintes comentários:

É, a gente tinha a contribuição do pessoal da unidade de saúde, né? Vinha as ACS, daí desciam as enfermeiras, vinham os estagiários, né? Os professores que, até o momento, nós tivemos professores excelentes, né? De Educação física. Então, o pessoal se empolgava, porque ele tinha atividades de memória, ele tinha atividades de dança, né? Aulas de dança. Então, o pessoal se interagia, né? Entre si, e era muito bom (PI 5).

É, eu acho, assim, a importância de controlar a pressão da pessoa quando chega aqui, né? **MODERADOR:** Quem que fazia isso? **PI 6:** As enfermeiras do postinho. **MODERADOR:** Mas eles vinham em todas as aulas? **PI 6:** Não, em todas não. Mas eles sempre estão aqui, fazendo reunião (PI 6).

Foram perceptíveis as dúvidas por alguns participantes em relatar com precisão outros profissionais de áreas da saúde que executaram as ações de cuidados e quais ações desenvolveram além da aferição da pressão arterial.

A APS é constituída por uma equipe multidisciplinar com o objetivo de cobrir a população, integrando e coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde do território. A Equipe de Saúde da Família, uma estratégia de atenção à saúde, é composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico em enfermagem, ACS e Agente de Combate às Endemias (ACE), cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2017).

O fato de o grupo ser voltado para a prática de exercícios físicos explica a maior frequência de atuação do profissional de Educação Física, que possivelmente vincula-se com a APS por programas como de Residência Multiprofissional. Em relação a baixa frequência de outros profissionais, pode haver relação com demandas específicas de atendimento na Unidade Básica de Saúde durante o horário em que ocorrem as atividades do grupo.

Meios de divulgação, mobilidade e formas de acesso:

Sobre os meios de divulgação para o ingresso de novos participantes, através da pergunta sobre como o participante ficou sabendo sobre o grupo, verificou-se que a entrada de novos integrantes se dá pelo convite de pessoas que já frequentam; pelas ACSs durante visitas domiciliares e também pelos Médicos ou outros profissionais da Unidade de Saúde durante consultas. Como no seguinte relato:

Eu fiquei sabendo através das agentes de saúde que foram me visitar. Faleceu meu marido. Elas foram me visitar e daí foi o momento que eu estava depressiva, né? E foi o convite que elas fizeram pra mim participar do grupo. Foi muito bom (PI 4).

A partir de algumas respostas para essa pergunta, observou-se que, pelas atividades serem realizadas em período laboral, pode-se haver um impeditivo para a participação de pessoas idosas que ainda se encontram no mercado de trabalho, ou que por algum motivo dependem de pessoas que estão em atividade laboral. Os relatos abaixo ilustram essa situação:

Eu, muitos anos já conhecia o grupo. Eu trabalhava na escola ali, né? E a gente participava ajudando das coisas da escola. Eles faziam os lanches lá, fazia pipoca pra levar lá. Mas eu não era do grupo, eu achava bonito. Porque a turma de mulher ia ali pra participar do posto de saúde e eu disse, ah, um dia vai chegar a minha vez. Daí chegou a minha vez, eu demorei pra poder vir aqui (PI 12).

Eu, na verdade, eu sabia do grupo há muito tempo. Só que daí eu tinha aqui um lado. Eu, uma época, cuidava da minha mãe. Daí ela veio a falecer. Depois, logo em seguida, ali uns sete meses, veio a gravidez da minha menina. Fiquei ajudando a cuidar da nenê. Mas eu já sabia do grupo. Daí foi até, por sinal, foi a sogra da minha filha que falava. Daí eu pensei, vou, agora eu vou, cresceu a criança, eu vou (PI 17).

Bom, eu conheci o grupo fazia tempo. Mas eu trabalhava, né? Bem no dia, era na quarta-feira só. Quem me convidou, essa senhora que me convidou já faleceu (PI 18).

Sobre a distância da residência das participantes até o local destinado para as atividades do grupo, dos 20 integrantes que responderam o questionamento, 18 se deslocam andando, o que indica proximidade ao local das práticas; quatro respostas indicaram utilizar transporte público ou carro em algum momento do deslocamento.

Sobre o tempo em que as pessoas idosas participam do grupo, 20 participantes iniciais do grupo focal, 13 indicaram participar por cinco anos ou mais, seis participam há menos de cinco anos e uma não soube responder. Destaca-se um valor positivo para a interação com as atividades e continuidade das práticas, o que pode aproximar essas pessoas em um vínculo afetivo com os outros participantes e com a rotina de atividades.

Pode-se considerar que houve uma boa adesão pelos participantes com as ações de saúde desenvolvidas pelo grupo. Para a presente pesquisa, não foram considerados fatores socioeconômicos como renda ou escolaridade, mas de acordo com Almeida *et al.* (2017), são indicadores que podem influenciar em um menor uso de serviços de saúde. Condição que pode ter sido superada pelo grupo, devido a haver uma longa permanência desses participantes investigados, ou que deve ser levado em consideração para a promoção de ações pela APS.

Faixa etária e gênero:

Quando questionados sobre a faixa etária geral dos participantes do grupo, constatou-se que o grupo não abrange somente pessoas acima de 60 anos, tornando-se possível a participação de pessoas de diferentes faixas etárias. No entanto, predominam as pessoas idosas. Conforme mencionado pela PI 6:

Tem gente bem jovem aqui, que nem tem a minha neta, e tem mais umas que são bem novas aqui também. Que vêm, né, por saúde também. A médica recomenda, sabe? Tem pessoas de 40, 30 anos que já tem problema, né? Daí eles indicam, vão se exercitar, fazer alguma coisa, né? (PI 6).

A respeito da indagação sobre a predominância do gênero feminino nas atividades, obteve-se argumentos relacionados com a mulher se preocupar mais com a saúde e também a não participação masculina estar relacionada com “preguiça”, “acomodação”, “vergonha”, “timidez” e “constrangimento”. Como na seguinte fala:

A faixa etária do nosso grupo é de 60, 80, 85. Já teve gente até 90 que veio aqui. Mas homens são poucos que participam. Eu acho que eles ficam

constrangidos porque verem tanta mulher. Mas não é assim, né? Tem que vir (PI 8).

Em um dos discursos, uma participante também relacionou a baixa participação masculina com a possibilidade da falta de incentivo. No entanto, outra participante, apresentou um discurso de perceptível barreira para a participação de pessoas do gênero masculino:

O grupo aqui é mais mulher mesmo. Ah, mas o homem aqui não se cria muito, não. O homem que vem aqui é só quem tem as esposas. Porque ninguém gosta de fazer muito ginástica com homem, daí os maridos vêm e fazem com suas esposas. Mas o homem não se cria muito aqui, não. É a mulherada que manda (PI 5).

Em um estudo desenvolvido por Silva e Menandro (2014), com o objetivo de identificar as representações sociais de saúde e de cuidados em saúde para homens e mulheres idosos, concluiu-se que a diferença na saúde e seus cuidados para homens e mulheres, indicando a influência do gênero nessas representações. Aponta que tradicionalmente as mulheres foram responsáveis pelo zelo familiar com a saúde, enquanto que os homens deveriam ignorar alguns cuidados com a saúde para a dedicação ao trabalho.

Antes, o prover era um papel voltado ao gênero masculino, ligado ao sustento, ao poder de compra, às possibilidades e oportunidades, enquanto que o cuidar, voltado ao gênero feminino. Papeis estes, em constantes transformações e não mais distinguíveis (Brasil, 2006).

Para Borges e Seidl (2012), a baixa adoção de práticas preventivas e a pequena presença de homens nos serviços de saúde, como nas UESF, estão associadas a baixa valorização do autocuidado e da saúde, dificuldade em compartilhar sentimentos e verbalizar necessidades. No entanto, destaca que a promoção à saúde do homem não deve se basear em suposições generalizadas, as práticas de saúde dos homens dependem de contextos demográficos, pessoais e culturais.

Satisfação com o grupo:

Quando questionados sobre a existência de aspectos que precisam ser melhorados para o bom andamento do grupo, de 20 respostas, nove pessoas realizaram críticas a qualidade do local público destinado para as práticas, destacando a má condição dos banheiros, limpeza, acústica, iluminação e ventilação. De acordo

com uma das integrantes, o grupo não possui um local próprio para a realização das atividades, havendo o empréstimo de um ginásio desportivo municipal:

Na verdade, o grupo não tem um local para fazer exercício. Aqui é um ginásio público para homens fazerem atividades, então aqui foi emprestado. Então não tem organização. O banheiro, essas coisas aqui, nós não podemos exigir. Então nós precisamos, sim, de um local adequado para que nós façamos os exercícios (PI 12).

Outra participante comenta que o local pode ser utilizado, e acrescenta a possível não participação caso houvesse mudança para outro local mais distante, o que se relaciona com características de mobilidade, indicando a proximidade entre a residência e o local de prática como um indicativo de facilidade de acesso.

Para nós aqui esse salão aqui tá ótimo, só que tem que dar uma reformada nele né? Mas o local é excelente aqui, o tamanho é bom, tudo é bom, é só que tá precisando dar uma ajeitada nele, né, nos banheiros e tudo mais o resto. Porque se for longe eu não posso ir já, porque tem meu marido doente, daí tem que “largar mão” (PI 15).

Esses relatos revelam a objetivação, que embora a pergunta tratasse da satisfação com o grupo, grande parte das respostas concentrou-se na estrutura física oferecida para as atividades. Essa distinção é importante e deve ser considerada: embora haja representações que indicam prazer e pertencimento ao grupo — sugerindo coesão e envolvimento entre os participantes —, a precariedade do espaço foi objetivada, e a possibilidade de mudança para um local mais distante podem atuar como fatores desagregadores. No exemplo da participante que cuida do marido doente, percebe-se que a distância ou inadequações estruturais impactam diretamente na permanência de alguns integrantes, revelando a importância da acessibilidade e da proximidade como condições para a continuidade da participação.

Houveram também três comentários com críticas à atual organização do grupo, sendo duas relacionadas a atitudes de colegas (atrasos e conversas paralelas) e uma solicitação para que haja professores fixos. Os demais integrantes não apresentaram reclamações ou não souberam responder.

No geral, há um consenso sobre a necessidade de melhorias na estrutura física do local onde ocorrem as atividades do grupo, sugerindo-se desde a limpeza e organização do espaço pelos meios públicos até a mudança de local para uma melhor estrutura. Esses são fatores que devem ser discutidos entre a UESF promotora e o poder público, considerando não apenas a qualidade do ambiente, mas também a manutenção da coesão e da adesão dos participantes.

3.3.3 O Envelhecimento Saudável e Cuidados com a Saúde

Neste tópico, apresenta-se a discussão abordada durante a sessão 2, que aborda o envelhecimento saudável e os cuidados das participantes com a saúde. É dividido nos seguintes eixos temáticos: Envelhecimento saudável e o estado de saúde; Hábitos saudáveis; Redes de Apoio; e Acesso à informação.

Envelhecimento saudável e o estado de saúde

Com o intuito de interpretar como os participantes do Grupo “Amigos da Saúde” avaliam seu estado de saúde, aplicou-se a pergunta “como está sua saúde?” e as respostas foram classificadas de acordo com categorias de análise. Observou-se que de 15 respostas obtidas no grupo focal, nove podem estar relacionadas com doenças crônicas, indicado por exemplo, por relatos de pressão arterial elevada e cânceres. Apenas uma dessas pessoas apresentou um discurso negativo, conforme o quadro 2:

Quadro 2 – Autoavaliação de pessoas idosas sobre seu estado de saúde, Ponta Grossa, Paraná, 2025.

DISCURSO	AValiação
Tá um pouco complicado e difícil, porque eu tenho diabetes, colesterol alto, às vezes a minha glicose tá alta, pressão alta, ela não é controlada, assim, descontrolada, né? [...] (PI 1).	negativa
A minha tá ótima, só pressão alta, mas isso aí é quase normal, né? Não tenho diabetes, não tenho mais nada (PI 3).	positiva
Eu, praticamente bem, mas eu tenho diabetes, eu sou hipertensa, mas o resto vai tudo maravilhoso (PI 4).	positiva
Mas eu me cuido bastante, assim, na comida, na alimentação. Fiz uma cirurgia esse dia, mas é coisa assim, normal, né? E tenho pressão alta, mas tô sempre cuidando, mas o exercício aqui pra pressão alta, nossa, pra mim foi muito bom [...] (PI 6).	positiva
Esse ano pra mim foi muito bom, graças a deus eu estou bem. apesar que agora em fevereiro eu vou entrar nas fases de cirurgia novamente, porque eu tô fazendo a reconstrução da mama, né? [...] (PI 7)	positiva
Minha saúde tá ótima. Foram os remédios que eu tomo pra tireoide, tomo remédio pra pressão alta que eu né, comecei a tomar daí agora tá estabilizada a minha pressão [...] (PI 9).	positiva
Eu também, né? Tomo remédio pra hipertensão, tudo, pra colesterol, mas minha saúde tá bem [...] (PI 10).	positiva
Estou muito bem, graças a Deus. Apesar de eu ter câncer duas vezes, o último quimio que eu fiz me deixou uma sequela. Mas o resto... Quer dizer, eu tenho pressão alta, tenho diabetes [...] (PI 12).	positiva
Graças a Deus, tá tudo bem. O único remédio que eu tomo é pra hipertensão. Mas minha saúde, graças a Deus, é ótima [...] (PI 13).	positiva

Fonte: Autores, Grupo “Amigos da Saúde”, 2025.

As representações que os participantes constroem sobre a própria saúde ancoram-se em uma noção de envelhecimento saudável que não está dissociada da presença de doenças crônicas, mas sim da capacidade de conviver com elas de maneira autônoma e funcional. Mesmo diante de diagnósticos como hipertensão, diabetes, câncer e outras condições, a maioria dos entrevistados avaliou positivamente seu estado de saúde, demonstrando uma percepção ampliada de bem-estar. Essa perspectiva encontra ressonância no que aponta a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015), ao associar o envelhecimento saudável à preservação das capacidades físicas e da autonomia.

Da mesma forma, Tavares *et al.* (2017) identifica que essa percepção é multidimensional, articulando aspectos biológicos, psicológicos, espirituais e sociais dimensões todas presentes, ainda que de forma implícita, nas falas que valorizam o autocuidado, a fé e o pertencimento ao grupo. Assim, os discursos revelam uma ancoragem que normaliza o adoecimento como parte do envelhecer, deslocando o foco para a manutenção da qualidade de vida e da independência funcional.

Essa visão mais abrangente da saúde também pode ser observada nos relatos de outras participantes, que mencionaram alterações como doenças degenerativas nas articulações, alterações em exames laboratoriais e sintomas de ansiedade. Ainda assim, apenas uma pessoa avaliou negativamente sua saúde. Quando questionados sobre possíveis melhorias nos quadros de saúde com a participação no grupo, a maioria respondeu de forma positiva ou não relatou mudanças significativas, sendo que apenas uma pessoa apresentou uma resposta contrária, objetivou, apontando dificuldades relacionadas à organização do grupo, e uma não compreendeu a pergunta. Esses achados reforçam que a percepção de saúde entre os participantes idosos está fortemente ligada à autonomia, à adaptação às limitações e ao suporte social oferecido por espaços coletivos como o grupo analisado.

Hábitos saudáveis

Souza, Silva e Barros (2021) apontam que hábitos adquiridos ao longo da vida influenciam na qualidade do envelhecimento, portanto práticas saudáveis e a participação social devem ser incentivados durante todo o ciclo vital.

As participantes do grupo foram questionadas sobre o que consideram necessário para envelhecer de forma saudável, a partir de suas vivências. Observou-

se, diante de 14 respostas, 12 menções para a prática de exercícios físicos e atividades físicas; nove menções para a alimentação adequada; nove menções para saúde mental, autoestima, interação social e/ou vínculo familiar; uma menção para a utilização correta de medicamentos e uma menção para a qualidade do sono. Nesse contexto, todas as pessoas identificaram compreender maneiras que consideram adequadas para se viver de maneira saudável.

Quando questionados se houve algum hábito que os participantes deixaram de fazer ao longo da vida, de 14 participantes, houveram quatro menções referentes a deixar de realizar algumas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) relacionadas com atividades domésticas. Como no seguinte apontamento:

Agora eu estou meia fraca para muito serviço, porque eu fazia muita coisa, sabe? Agora eu estou meia “baquiada”. Eu vou fazer uma coisa e já não tenho força mais. Era virar terra, era carpir, essas coisas assim. Agora eu estou diminuindo, porque eu estou achando que não dá mais [...]. Eu parei de costurar, bordar, que eu fazia, eu parei também. Eu perdi a vista [...] daí é difícil me costurar, bordar, essas coisas que eu fazia muito. Agora não, não faço mais (PI 2).

Também, quatro pessoas afirmaram ter parado de fumar ao longo da vida; duas disseram não frequentarem mais alguns encontros sociais, como bailes; duas deixaram de ter rotina no trabalho e uma deixou de trabalhar; uma afirmou ter deixado de ser inativa fisicamente e cinco pessoas não responderam ou não souberam responder. No que se refere a atitude positiva de cessar o uso do tabaco ou de tornar-se ativa fisicamente, podem ser vistas como progresso em relação aos hábitos visando um envelhecimento saudável.

Redes de apoio

O vínculo familiar possui grande relevância para o alcance exitoso ao envelhecimento saudável, ocorrendo a compreensão sobre o envelhecimento e a empatia no meio social. Mesmo que a pessoa idosa não seja dependente, a presença familiar pode tornar a pessoa confortável para a tomada de decisões (Rodrigues *et al.* 2024).

Com o intuito de verificar se o incentivo externo para a adoção de hábitos saudáveis pode influenciar na atitude das pessoas idosas participantes do grupo, foi realizado o questionamento de haver alguém do convívio que fala sobre a necessidade de a participante cuidar da sua saúde. De 12 participantes, nove possuem incentivo familiar para cuidarem de sua saúde, enquanto que três afirmaram

não possuírem incentivo, sendo que dessas, duas afirmaram não receberem incentivo por já cuidarem de suas saúdes e uma afirmou não possuir vínculos familiares.

Observou-se dois aspectos possivelmente inversos no incentivo familiar. Em um dos casos, voltado para a diminuição de algumas atividades realizadas:

Pois em casa todo mundo fala: você tem que se cuidar, você tem que largar a mão de fazer muita coisa, você tem que parar com isso, com aquilo, com aquele outro. Mas eu penso comigo, se eu parar eu vou sentir mal, vou ficar doente. Então, enquanto eu puder, eu vou continuar fazendo isso aí. Mas eu me cuido ainda, eu mesma me cuido (PI 3).

Enquanto que outros casos, há o incentivo para o aumento da prática de certas atividades, conforme se exemplifica nos comentários a seguir:

[...] Mas ela diz, oh mãe, se cuide, faça alguma coisa, uma caminhadinha, que seja de meia hora. Mas assim, de querer tirar as coisas do que eu sou acostumada a fazer ela não diz nada. Ela diz, não, se parar também não dá. Mas procure fazer atividades que sejam boas pra você, pro teu bem-estar (PI 4).

Meus filhos, eles, como se diz, me incentivam bastante, né, nessa área, assim, de tanto fazer as atividades aqui que eu faço, me incentivaram de voltar pra uma academia, né, pra ter mais atividade. Eles que me, né, levantaram minha alma, assim, pra mim, né, me sentir eu e pensar em mim, né (PI 7).

As falas revelam que a rede de apoio familiar exerce papéis ambíguos na vida das pessoas idosas. Por um lado, pode funcionar como impulsionadora de hábitos saudáveis, promovendo autonomia e bem-estar emocional, como demonstram os relatos de incentivo à prática de exercícios e à retomada de atividades prazerosas. Por outro, observa-se um movimento oposto em que o cuidado familiar se manifesta como contenção, sugerindo limites à atuação da pessoa idosa em nome de sua segurança. Essa dualidade aponta para tensões simbólicas entre proteção e controle, evidenciando que, em alguns contextos, a pessoa idosa fora de casa pode ser vista como um risco tanto para si quanto para a rotina familiar devido à fragilidade física e ao medo de acidentes.

Nesse sentido, é importante destacar que, embora o foco deste tópico esteja no apoio familiar, ele se conecta as seções anteriores que discutem a atuação de profissionais na promoção do envelhecimento saudável. Quando a rede de apoio é pensada como um todo envolvendo família, profissionais de saúde e espaços coletivos como o grupo analisado, torna-se evidente que a manutenção da autonomia da pessoa idosa requer uma articulação sensível entre cuidado, incentivo e reconhecimento das capacidades individuais. Assim, essa reflexão amplia a

compreensão da rede de apoio como uma construção relacional, atravessada por afetos, responsabilidades e também por limites impostos pelas dinâmicas familiares e sociais.

Acesso à informação

Para identificação sobre o acesso à informações pelas pessoas que participam do grupo, sobre sua saúde ou saúde no contexto geral: para 12 respostas, foram identificadas seis menções referentes ao contato com a UESF; cinco menções para a utilização de internet e redes sociais; três menções para a televisão; uma menção para o contato com familiares; uma menção para o contato com profissionais de outro grupo voltado para pessoas idosas; e uma pessoa afirmou preferir não saber sobre sua saúde.

As respostas fornecidas pelos participantes indicam diferentes formas de acesso à informação sobre saúde, com destaque para a UESF e para o uso de meios digitais, como internet e redes sociais. Essa diversidade de fontes revela que os participantes idosos constroem suas representações a partir de experiências concretas e vivências cotidianas, ancoradas tanto no contato direto com os profissionais da saúde quanto em recursos midiáticos e interações familiares. A presença da UESF como principal referência aponta para a confiança nas instituições públicas de saúde, enquanto o uso das mídias digitais reflete uma adaptação progressiva às novas formas de comunicação e aprendizado, mesmo com as possíveis limitações relacionadas à compreensão e à confiabilidade das informações acessadas.

Ao aproximar esses dados da literatura, Janini, Bessler e Vargas (2015), apontam que a educação em saúde contribui para a autopercepção, adesão ao cuidado e qualidade de vida. Além disso, Silva et al. (2024) também destacam a educação em saúde como fundamental na prática da enfermagem, promovendo o autocuidado e a prevenção de complicações em doenças crônicas — elementos que se conectam diretamente com as necessidades expressas pelos participantes, sobretudo aqueles que convivem com condições como hipertensão e diabetes.

No entanto, o fato de alguns sujeitos ainda apresentarem um contato restrito com esse tipo de educação, ou mesmo afirmarem preferir não saber sobre sua própria saúde, indica que a ancoragem nas práticas educativas formais ainda é limitada. As representações sociais sobre o acesso à informação oscilam entre a confiança nas

orientações da UESF e a busca autônoma por saberes fragmentados, revelando desafios para a objetivação plena da educação em saúde como prática cotidiana e efetiva.

3.4 CONCLUSÃO

Conclui-se que o grupo desempenha um papel significativo na promoção do bem-estar, oferecendo não apenas práticas corporais, mas também oportunidades de socialização e apoio emocional. Verificou-se que a participação contínua pode contribuir para a autonomia e a qualidade de vida, reforçando a importância dessas iniciativas para um envelhecimento saudável.

A partir da perspectiva da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, identificou-se que a ancoragem foi um mecanismo essencial no processo de internalização dos conceitos de saúde e bem-estar. Os participantes ancoraram suas representações sobre o envelhecimento saudável à prática de exercícios físicos, à interação social e à espiritualidade. Através dessas ancoragens, objetivaram o envelhecimento saudável como um processo possível mesmo diante de doenças crônicas, valorizando a autonomia funcional, o autocuidado e o vínculo com a coletividade, o que reforça a importância de uma abordagem multidimensional para o cuidado com a saúde dessa população.

Além disso, as representações em relação à organização do grupo indicaram objetivação da precariedade estrutural e a ausência de local próprio como elementos que afetam o engajamento, especialmente diante de restrições de mobilidade. A atuação multiprofissional foi ancorada principalmente na figura do profissional de Educação Física, com pouca visibilidade de outros profissionais da ESF, o que reforça percepções sobre o papel centralizado desse agente na condução das ações. A mobilidade urbana, o acesso às informações e os meios de divulgação também apareceram como fatores condicionantes para a permanência e adesão ao grupo, especialmente para participantes mais idosos ou com compromissos familiares. As questões de faixa etária e gênero revelaram uma predominância feminina, com representações que sugerem barreiras culturais à participação de homens. A satisfação com o grupo foi objetivada pela valorização das relações interpessoais, mas também marcada por críticas à infraestrutura, o que indica um equilíbrio entre reconhecimento e demandas por melhorias.

Em relação ao envelhecimento saudável, ao estado de saúde e aos hábitos de vida, os discursos ancoraram a saúde na capacidade de manter-se ativo, apesar da presença de doenças crônicas. O autocuidado, a alimentação saudável, a prática de exercícios físicos e a fé foram frequentemente mencionadas como práticas significativas para o bem-estar.

Sobre as redes de apoio, a família apareceu com duplo papel — ora como incentivo à participação, ora como fator limitante, especialmente no cuidado com terceiros. Quanto ao acesso à informação, as representações revelaram múltiplas fontes, com ancoragem na UESF, mas também presença das redes sociais e da televisão como meios complementares, embora nem sempre associados a práticas formais de educação em saúde.

Os achados também evidenciam a necessidade de maior apoio institucional para a continuidade das atividades, especialmente em termos de infraestrutura e participação multiprofissional. Além disso, foram identificadas barreiras para a participação masculina, relacionadas a fatores culturais e estruturais que merecem ser aprofundados em futuras investigações

O estudo apresenta uma limitação, possui recorte transversal, não acompanhando as percepções dos participantes desde o início de sua adesão ao grupo, o que poderia fornecer um panorama mais dinâmico da influência das atividades desenvolvidas ao longo do tempo. Entretanto, contribui para a compreensão das dinâmicas sociais e simbólicas relacionadas ao envelhecimento e aos cuidados com a saúde na APS, reforçando a importância de iniciativas que promovam o bem-estar e estimulem a prática de exercícios físicos como parte de um envelhecimento saudável.

4 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DE PARTICIPANTES IDOSOS DE UM GRUPO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PONTA GROSSA, PARANÁ

RESUMO

O envelhecimento humano é um processo natural, caracterizado por alterações físicas, psíquicas e sociais de forma heterogênea. Este estudo teve como objetivo verificar os aspectos multidimensionais da saúde de pessoas idosas que participam de um grupo de promoção ao exercício físico, ofertado por uma Unidade de Saúde da Família no Município de Ponta Grossa, Paraná. trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e analítico. Foram aplicados o instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) e uma entrevista estruturada para coleta de indicadores socioeconômicos. A análise estatística foi realizada pelo teste de correlação de Spearman entre a dimensão “autopercepção da saúde” do IVCF-20 e as demais variáveis do estudo, com o uso do software IBM SPSS Statistics 22. Participaram 51 pessoas idosas com média de idade de 69,29 anos ($\pm 5,65$), sendo 98,04% do gênero feminino. A média do escore total do IVCF-20 foi de 4,29 ($\pm 3,40$). Verificou-se correlação significativa entre a autopercepção da saúde e o escore total do IVCF-20 ($r: 0,474$; $p < 0,05$) e com a presença de comorbidades múltiplas ($r: -0,435$; $p < 0,05$). Observou-se que os participantes são em maioria classificados como robustos e apresentam boa autopercepção da saúde, o que não diminui a importância do grupo como espaço promotor de saúde. Os resultados reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas à população idosa em situação de vulnerabilidade clínico-funcional. Destaca-se a relevância da estratificação de riscos clínico-funcionais na Atenção Primária à Saúde, bem como a importância de futuras pesquisas para aprofundar a compreensão de outras variáveis da promoção à saúde no envelhecimento.

4.1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, a sociedade vivencia um processo de transição demográfica, caracterizado pelo envelhecimento populacional, devido a fatores como a redução nas taxas de natalidade e o aumento da expectativa de vida (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023). Em países desenvolvidos, este fenômeno está frequentemente associado com melhores condições de vida e maior acesso à serviços de saúde. No entanto, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o envelhecimento da população não está sendo acompanhado por um equivalente desenvolvimento social e econômico, o que pode acentuar desigualdades no acesso aos serviços de saúde (Brito *et al.* 2023; Lima, 2024; Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023). De acordo com a Agência de Notícias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BGE, 2024), houve um aumento na média de expectativa de vida no Brasil de 45 anos em 1940 para 76,4 anos em 2023.

Analisando o aumento da esperança de vida dos brasileiros, ao atingir-se 60 anos em 1940, a pessoa idosa esperaria viver em média mais 13,2 anos, enquanto que no ano de 2023, a esperança de vida passou para 22,5 anos. Esse aumento na longevidade precisa estar acompanhado da preservação da qualidade de vida. Com o aumento da expectativa de vida, os índices de doenças crônico-degenerativas se elevaram, podendo afetar a capacidade funcional das pessoas idosas, comprometendo a autonomia em atividades do cotidiano (Pereira *et al.* 2017).

O envelhecimento humano é um processo natural e heterogêneo, que envolve alterações físicas, psíquicas e sociais, influenciadas por contextos sociais, políticos e econômicos. Portanto, o declínio funcional não deve ser considerado como um desfecho inevitável no processo de envelhecimento normal (Cabral *et al.* 2021; Ribeiro *et al.* 2019).

A Constituição Federal Brasileira apresenta no Artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços envolvidos na promoção, proteção e recuperação da saúde, com políticas sociais e econômicas visando a redução do risco de doenças e agravos (Brasil, 1988). Complementarmente, a Lei 8.080 do ano de 1990, apresenta em seu Artigo 3º, que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país sendo determinada por fatores como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais.

Especificamente para a população idosa, o Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, LEI nº 10.741, 2003, com redação dada pela Lei nº14.423, de 2022), assegura o direito à saúde integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que deve promover ações e serviços articulados e contínuos de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo as doenças mais prevalentes nessa faixa etária (BRASIL, LEI nº 10.741, 2003, com redação dada pela Lei nº14.423, de 2022).

No SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), organizam os serviços à saúde com diferentes densidades tecnológicas e missões assistenciais. Nessa estrutura, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema, servindo como base para o ordenamento e efetivação da integralidade do cuidado (BRASIL, Portaria nº 2.436, 2017). O atendimento à população idosa possui desafios específicos, como a escassez de recursos públicos para demandas diante de maiores números de internações hospitalares e maior tempo de ocupação de leitos. Dessa

forma, é fundamental que os modelos de atenção à saúde apresentem propostas de linhas de cuidado com foco em ações educativas, de promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, e reabilitação, evitando a fragmentação do cuidado e medicalização excessiva (Veras; Oliveira, 2018).

No contexto da APS, os instrumentos de triagem rápida são fundamentais para o rastreio de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade clínico-funcional. Comumente, os profissionais de saúde tendem a considerar um idoso frágil baseado em sua aparência ou na presença de múltiplas comorbidades (Moraes *et al.* 2016). O instrumento denominado Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional- IVCF-20 é um instrumento de rastreio rápido que permite o reconhecimento precoce dos principais determinantes da fragilidade, direcionando a adoção de medidas de proteção para a preservação da autonomia e independência funcional nessa população. (Maia *et al.*, 2020; Moraes, 2016).

Além do rastreio da fragilidade, os grupos de convivência e de educação em saúde, assim como o incentivo à participação social em conselhos e atividades comunitárias, podem colaborar para a promoção à saúde da pessoa idosa. assim como como o incentivo à participação social em conselhos e atividades comunitárias. Tais ações podem promover a autonomia e o envelhecimento ativo (Souza *et al.*, 2025; Trintinaglia, Bonamigo e Azambuja, 2021). Destaca-se também, o importante papel do incentivo às práticas corporais e exercícios físicos, que estabelecem uma pauta estratégica na saúde pública global, devido às contribuições multidimensionais à saúde. (Carvalho, 2025; Pillatt, Nielsson e Schneider, 2019).

Nesse sentido, este estudo parte da seguinte questão norteadora: Quais são as características clínico-funcionais e sociodemográficas de pessoas idosas que estão vinculadas a um grupo de promoção ao exercício físico ofertado na APS? Objetiva-se verificar os aspectos multidimensionais da condição de saúde de pessoas idosas que participam de um grupo de promoção ao exercício físico, ofertado por uma UESF no Município de Ponta Grossa, Paraná.

4.2 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como transversal de caráter descritivo e analítico. Como aborda a aplicação de avaliações e questionários em seres humanos, há a aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) sob o protocolo de nº 5.475.110 (anexo 1). Todos os participantes convidados que aceitaram

participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice 1).

O estudo seguiu os seguintes critérios de elegibilidade: a) possuir 60 anos ou mais, classificando-se como pessoa idosa conforme a Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 (Brasil, 2003); b) possuir vínculo com o grupo “Amigos da Saúde” ofertado por uma UESF em Ponta Grossa, Paraná, com participação superior a uma sessão; c) não possuir alguma condição que impeça a aplicação dos instrumentos da pesquisa.

Para a coleta de dados, todas as pessoas idosas que compõem a amostra foram comunicadas previamente sobre a realização da pesquisa. O procedimento foi desenvolvido em três encontros consecutivos durante as atividades do grupo, que ocorrem em um miniginásio esportivo. Os dados foram coletados por três pesquisadores da área da saúde previamente capacitados para aplicação do instrumento.

Foi aplicado o instrumento denominado Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – versão do profissional de saúde - IVCF-20 (anexo 1), que avalia a condição de saúde da pessoa idosa em oito dimensões preditoras (idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas) e é distribuído em 20 questões, com pontuação máxima de 40 pontos. As pontuações entre 0 e 6 indicam baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional; 7 a 14 indicam risco moderado; e 15 ou mais indicam alto risco (Moraes *et al.*, 2016).

No que se refere as avaliações práticas que compõem o IVCF-20 (Paraná, 2018):

- a) Aferição do Índice de Massa Corporal (IMC), foi utilizada uma balança digital da Marca Omron, modelo HN-289 e uma fita métrica disposta em uma parede sem rodapé. O IMC foi calculado a partir da razão entre a massa corporal e o quadrado da estatura em metros.
- b) Circunferência da panturrilha, foi utilizada uma fita métrica, medindo-se a porção de maior volume com a pessoa na posição sentada.
- c) Teste de velocidade de marcha de 4 metros, foram utilizadas duas marcações no solo com uma fita métrica e um cronômetro para avaliar o tempo de deslocamento. As pessoas avaliadas foram orientadas a caminhar em ritmo mais acelerado do que o habitual (Paraná, 2018).

Em relação ao IMC, classificou-se os resultados de acordo com os pontos de corte de Lipschitz, (1994), que determina: baixo peso, $IMC < 22\text{kg/m}^2$; eutrofia, IMC entre 22kg/m^2 e 27kg/m^2 ; e sobrepeso $IMC > 27\text{kg/m}^2$.

Além do IVCF-20, os participantes responderam a uma entrevista estruturada para coleta de indicadores socioeconômicos (apêndice 2), composta por: gênero, cor ou raça, estado civil, hábito de fumar, autopercepção sobre alimentação saudável e adequada, autopercepção sobre o convívio familiar, alfabetização, escolaridade, fonte de renda, renda familiar e quantidade de pessoas que habitam na residência.

Por não existirem registros documentais relacionados com a estrutura e organização do grupo “Amigos da Saúde”, as informações foram consultadas e confirmadas com os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento das atividades. De acordo com a organização do grupo, são desenvolvidas atividades relacionadas com a promoção do exercício físico para a comunidade em geral, aproximadamente desde o ano de 2009. O grupo é ofertado por uma UESF do Município de Ponta Grossa, Paraná em um miniginásio de esportes, possui duas sessões semanais com duração de 60 minutos e ocorre de forma multiprofissional, com prioridade para exercícios físicos orientados por profissionais de Educação Física. Cada encontro conta com aproximadamente 50 participantes, com predominância de mulheres idosas, no entanto, em uma lista de presença referente ao ano de 2024, constam 108 participantes com participação esporádica.

Os dados obtidos foram tabulados no Microsoft Excel, sendo analisados os valores absolutos e de frequências. A análise estatística foi realizada no *Software* IBM SPSS Statistics 22, foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade dos dados, havendo distribuição não paramétrica, aplicou-se o teste de correlação de Spearman entre a dimensão “autopercepção da saúde” e as demais variáveis do estudo (idade, estado civil, hábito de fumar, escolaridade, renda familiar, moradia, IMC, AVD, cognição, humor, mobilidade, comorbidade, mobilidade e escore total no IVCF-20). Para as variáveis qualitativas, aplicou-se valores numéricos. A análise estatística considerou enquanto significativo $p\text{-valor} < 0,05$.

4.3 RESULTADOS

Um total de 54 pessoas idosas aceitaram participar da pesquisa. Dessas, três foram excluídas por não se enquadrarem aos critérios de elegibilidade (dois indivíduos

não apresentaram idade igual ou superior a 60 anos e um estava em seu primeiro dia de participação no grupo), totalizando-se 51 participantes.

Conforme demonstra a tabela 1, com dados coletados a partir da entrevista estruturada para a coleta de dados socioeconômicos, que dentre os 51 integrantes, 98,04% são do gênero feminino e 1,96% do gênero masculino, com idades entre 60 e 81 anos em uma média de $69,29 \pm 5,65$ anos. Desses, houve uma predominância de participantes de cor branca (74,51%), seguidos por pardos (17,65%), pretos (3,92%), amarelos (1,96%) e indígenas (1,96%). Em relação ao estado civil, 41,18% são viúvos, 31,37 são casados, 17,65% são separados ou divorciados e 9,80% são solteiros.

Com relação aos aspectos de saúde e renda, no que se refere ao hábito de fumar, 56,86% dos integrantes não fumam, no entanto 39,22% já tiveram esse hábito em algum momento de suas vidas e 3,92% ainda fumam. Sobre a autopercepção alimentar, 96,08% consideram que a alimentação é adequada e saudável. Em relação ao convívio familiar, 96,08% afirmam possui um convívio familiar com vínculo fortalecido. No entanto, 49,02% das pessoas idosas entrevistadas não residem com outras pessoas na mesma residência.

Todos os participantes são considerados alfabetizados. No que se refere à escolarização formal, observa-se que 54,90% não concluíram a Educação Básica; 37,25% completaram esse nível de ensino; 3,92% completaram o Ensino Superior e 3,92% não frequentaram a escola. Em relação à renda familiar, considerada a adição entre a renda de todos residentes da moradia, a maior porcentagem das pessoas idosas (49,02%) reflete entre um e três salários mínimos (salário mínimo: R\$1518,00), seguido por 27,45% que recebem acima de 3 salários mínimos e 23,53% que possuem uma renda igual ou inferior a um salário mínimo. Sobre a renda individual, todos os participantes adquirem por pensão, benefícios da previdência social ou por terceiros, não havendo vínculos empregatícios formais.

Tabela 1 – Indicadores socioeconômicos e estratificação de risco clínico-funcional pelo IVCF-20 em participantes idosos do grupo “Amigos da Saúde”, Ponta Grossa, Paraná, 2025.

(continua)

VARIÁVEL	TOTAL (n 51)	% TOTAL	ROBUSTOS (n 40)	% ROBUSTOS / TOTAL	EM RISCO (n 11)	% EM RISCO / TOTAL
GENERO						
Feminino	50	98,04%	39	76,47%	11	21,57%
Masculino	1	1,96%	1	1,96%	0	0
IDADE						
Limites (anos)	60 - 81		60 - 81		62 - 80	
Média (± Desvio Padrão - DP)	69,29 (±5,65 DP)		69,03 (±5,25 DP)		70,27 (±7,14 DP)	
COR OU RAÇA						
Branca	38	74,51%	29	56,86%	9	17,65%
Parda	9	17,65%	8	15,67%	1	1,96%
Preta	2	3,92%	2	3,92%	0	0
Amarela	1	1,96%	0	0	1	1,96%
Indígena	1	1,96%	1	1,96%	0	0
ESTADO CIVIL						
Viúvo	21	41,18%	18	35,29%	3	5,88%
Casado	16	31,37%	11	21,57%	5	9,80%
Separado/divorciado	9	17,65%	6	11,76%	3	5,88%
Solteiro	5	9,80%	5	9,80%	0	0
HABITO DE FUMAR						
Não possui hábito de fumar	29	56,86%	23	45,10%	6	11,76%
Cessou o hábito de fumar	20	39,22%	17	33,33%	3	5,88%
Possui o hábito de fumar	2	3,92%	0	0	2	3,92%
AUTOPERCEPÇÃO DA ALIMENTAÇÃO						
Adequada/Saudável	49	96,08%	39	76,47%	10	19,61%
Não adequada/Saudável	2	3,92%	1	1,96%	1	1,96%
AUTOPERCEPÇÃO DO CONVÍVIO FAMILIAR						
Possui convívio familiar	49	96,08%	38	74,51%	11	21,57%
Não possui convívio familiar	2	3,92%	2	3,92%	0	0

Tabela 1 – Indicadores socioeconômicos e estratificação de risco clínico-funcional pelo IVCF-20 em participantes idosos do grupo “Amigos da Saúde”, Ponta Grossa, Paraná, 2025.

(conclusão)

VARIÁVEL	TOTAL (n 51)	% TOTAL	ROBUSTOS (n 40)	% ROBUSTOS / TOTAL	EM RISCO (n 11)	% EM RISCO / TOTAL
RESIDIR SOZINHO						
Sim	25	49,02%	20	39,22%	5	9,80%
Não	26	50,98%	20	39,22%	6	11,76%
ALFABETIZAÇÃO (saber ler e escrever)						
Sabe ler e escrever	51	100%	40	78,43%	11	21,57%
Não sabe ler e escrever	0	0	0	0	0	0
ESCOLARIDADE						
Não completou a Educação Básica	28	54,90%	20	39,22%	8	15,67%
Educação Básica completa	19	37,25%	16	31,37%	3	5,88%
Ensino superior	2	3,92%	2	3,92%	0	0
Não frequentou a escola	2	3,92%	2	3,92%	0	0
RENDA FAMILIAR						
Acima de um até três salários	25	49,02%	19	37,25%	6	11,76%
Acima de três salários	14	27,45%	12	23,53%	2	3,92%
De zero até 1 salário	12	23,53%	9	17,65%	3	5,88%
FONTE DE RENDA						
Trabalho formal	0	0	0	0	0	0
Outros (aposentadoria, pensão, terceiros)	51	100%	40	78,43%	11	21,57%

Fonte: Os autores, Grupo “Amigos da Saúde”, Ponta Grossa, Paraná, 2025.

A tabela 1 também aponta a estratificação de risco clínico-funcional dos participantes do grupo, com a aplicação do instrumento IVCF-20. Observa-se que 78,43% das pessoas idosas são consideradas robustas, enquanto que 21,57% são classificadas em risco de fragilidade clínico funcional, não houveram pessoas idosas consideradas frágeis na amostra.

A tabela 2 apresenta o escore da estratificação de risco clínico-funcional e a presença de marcações pelos participantes em cada dimensão preditora, sendo apresentado os valores absolutos e o quantitativo médio de marcações em relação ao número total nos grupos estratificados robustos e em risco, representados na tabela por $\bar{x}_G$ e pela amostra total representada por $\bar{x}_A$.

O escore dos participantes variou entre 0 e 14 pontos, com uma média geral de $4,29 \pm 3,40$ pontos. Em relação ao grupo estratificado como robusto, obteve-se uma média de escore de $2,9 \pm 2,02$ pontos e no grupo em risco clínico-funcional, uma média de escore de $9,36 \pm 2,38$

Sobre as dimensões preditoras que foram pontuadas pelos participantes no IVCF-20, conforme a tabela 2, 21,57% (n=11) dos participantes pontuaram por apresentar idade igual ou superior a 75 anos; 37,25% (n=19) pontuaram uma vez que avaliaram sua saúde como regular ou ruim. Observa-se que 54,55% dos participantes do grupo em risco clínico-funcional obtiveram essa marcação. Ainda, apenas um participante do grupo em risco clínico-funcional pontuou na dimensão atividades de vida diária.

Na dimensão cognição 27,45% da amostra total (n=14) pontuaram, sendo e 63,64% do grupo em risco clínico-funcional. No mesmo sentido, para humor 37,25% (n=19) da amostra total e 72,73% do grupo em risco clínico-funcional pontuaram; para A dimensão Mobilidade foi a que teve maior pontuação entre o grupo de pessoas idosas robusta, sendo pontuada por 47,06% (n=24) da amostra total e 81,82% do grupo em risco clínico-funcional; por outro lado, nenhum participante pontuou em Comunicação. Em comorbidades múltiplas, 27,45% (n=14) da amostra total e 54,55% do grupo em risco clínico-funcional pontuaram.

Tabela 2 – Avaliação multidimensional da saúde de participantes idosos do grupo “Amigos da Saúde” pelo instrumento IVCF-20, Ponta Grossa, Paraná, 2025.

(continua)

VARIÁVEL	PARTICIPANTES IDOSOS ROBUSTOS (n 40)	% GRUPO ROBUSTOS	PARTICIPANTES IDOSOS EM RISCO CLÍNICO-FUNCIONAL (n 11)	% GRUPO RISCO	TOTAL (n 51)
LIMITES DO ESCORE	0 - 6		7 - 14		0 - 14
MÉDIA/DESVIO PADRÃO DO ESCORE	$2,9 \pm 2,02$		$9,36 \pm 2,38$		$4,29 \pm 3,40$
DIMENSAO IDADE (≥ 75 anos)	7	$\bar{X}$ 17,5% $\bar{X}$ 13,73%	4	$\bar{X}$ 36,36% $\bar{X}$ 7,84%	11 $\bar{X}$ 21,57%
DIMENSAO AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE (regular ou ruim)	13	$\bar{X}$ 32,5% $\bar{X}$ 25,49%	6	$\bar{X}$ 54,55% $\bar{X}$ 11,76%	19 $\bar{X}$ 37,25%

Tabela 2 – Avaliação multidimensional da saúde de participantes idosos do grupo “Amigos da Saúde” pelo instrumento IVCF-20, Ponta Grossa, Paraná, 2025.

(conclusão)

VARIÁVEL	PARTICIPANTES IDOSOS ROBUSTOS (n 40)	% GRUPO ROBUSTOS	PARTICIPANTES IDOSOS EM RISCO CLÍNICO-FUNCIONAL (n 11)	% GRUPO RISCO	TOTAL (n 51)
DIMENSÃO AUTIDADES DE VIDA DIÁRIA	0	$\bar{X}_G$ 0 $\bar{X}_A$ 0	1	$\bar{X}_G$ 9,09% $\bar{X}_A$ 1,96%	1 $\bar{X}_A$ 1,96%
DIMENSÃO COGNIÇÃO	7	$\bar{X}_G$ 17,5% $\bar{X}_A$ 13,73%	7	$\bar{X}_G$ 63,64% $\bar{X}_A$ 13,73%	14 $\bar{X}_A$ 27,45%
DIMENSÃO HUMOR	11	$\bar{X}_G$ 27,5% $\bar{X}_A$ 21,57%	8	$\bar{X}_G$ 72,73% $\bar{X}_A$ 15,69%	19 $\bar{X}_A$ 37,25%
DIMENSÃO MOBILIDADE	15	$\bar{X}_G$ 37,5% $\bar{X}_A$ 29,41%	9	$\bar{X}_G$ 81,82% $\bar{X}_A$ 17,65%	24 $\bar{X}_A$ 47,06%
DIMENSÃO COMUNICAÇÃO	0	$\bar{X}_G$ 0 $\bar{X}_A$ 0	0	$\bar{X}_G$ 0 $\bar{X}_A$ 0	0 $\bar{X}_A$ 0
DIMENSÃO COMORBIDADES MÚLTIPLAS	8	$\bar{X}_G$ 20% $\bar{X}_A$ 15,69%	6	$\bar{X}_G$ 54,55% $\bar{X}_A$ 11,76%	14 $\bar{X}_A$ 27,45%

Legenda: “ $\bar{X}_G$ ”: média em cada grupo estratificado; “ $\bar{X}_A$ ”: média na amostra total.

Fonte: Os autores, Grupo “Amigos da Saúde”, Ponta Grossa, Paraná, 2025.

Sobre a dimensão mobilidade apresentadas, que obteve o maior índice de marcação entre os participantes, verificou-se que 33,33% dos participantes relataram incontinência esfincteriana; 13,73% relataram perda de peso não intencional; 9,80% dos participantes possuem IMC inferior a 22 Kg/m²; 5,88% relataram duas ou mais quedas no último ano; 1,96% afirmou possuir dificuldade para caminhar, impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano e nenhum participante apresentou circunferência de panturrilha inferior a 31 cm e tempo inferior a cinco segundos no teste de velocidade de marcha. Sobre o IMC, notou-se que 68,63% dos participantes

do estudo estão em situação de sobrepeso, 21,57% estão estróficos e 9,80% possuem baixo peso.

A Tabela 3 apresenta os resultados das relações observadas entre autopercepção de saúde e as demais variáveis apresentadas no estudo:

Tabela 3 – Correlações entre a autopercepção da saúde e variáveis sociodemográficas/dimensões do IVCF-20, Grupo “Amigos da Saúde”, Ponta Grossa, Paraná, 2025.

n (51)	Dimensão autopercepção da saúde (IVCF-20)	
Variável	r	p
Idade	-0,164	0,249
Estado civil	0,045	0,753
Hábito de fumar	0,059	0,683
Escolaridade	-0,163	0,252
Renda familiar	-,042	,771
Moradia	0,188	0,187
IMC	0,039	0,788
AVD (IVCF-20)	-0,184	,197
Cognição (IVCF-20)	-0,162	,256
Humor (IVCF-20)	0,007	,963
Mobilidade (IVCF-20)	-0,005	,973
Comorbidade (IVCF-20)	-0,435**	,001
Escore total (IVCF-20)	0,474**	,000

Legenda: ** valor significativo (p-valor <0,05)

Fonte: Os autores, Grupo “Amigos da Saúde”, Ponta Grossa, Paraná, 2025.

Observou-se que existe uma correlação moderada negativa entre a dimensão de autopercepção da saúde e a presença de marcação na dimensão comorbidades no IVCF-20 (r: -0,435 / p <0,05), assim, as marcações de comorbidades da amostra no IVCF-20 estão correlacionadas uma pior autopercepção da saúde (classificada no teste como regular ou ruim). Também houve correlação moderada positiva entre a dimensão de autopercepção da saúde e o escore total do IVCF-20 (r: 0,474 / p <0,05), demonstrando que em escores mais elevados, a autopercepção da saúde pela

amostra é negativa. Salienta-se que na interpretação estatística considerou-se valor 0 para a autopercepção positiva e valor 1 para a autopercepção negativa.

4.4 DISCUSSÃO

Observou-se que a amostra foi composta, predominantemente pelo gênero feminino, nessa perspectiva, Oliveira e Santos (2024) apontam que a baixa adesão do gênero masculino em cuidados oferecidos na APS pode estar vinculada com estigmas culturais. Alguns fatores podem estar relacionados com essa baixa adesão, como a possibilidade de conhecimento restrito sobre cuidados preventivos, sensação de invulnerabilidade, horários de atendimento incompatíveis com a rotina e ausência de divulgação de políticas específicas (Ribeiro; Lins. Alcantara, 2025).

Em relação à alfabetização, todos os idosos aprenderam a ler e a escrever, no entanto uma parte considerável não completou a educação básica ou não teve acesso à escolarização formal. Além disso, uma parcela dos entrevistados possui renda familiar limitada. Destaca-se que as escolhas individuais que favorecem um envelhecimento saudável estão relacionadas com as oportunidades sociais e econômicas disponíveis, como saúde, educação, emprego e renda (PAHO, 2020).

Destaca-se que a maioria das pessoas idosas que compõem a amostra possuem vínculo com familiares, embora que uma parcela significativa resida sozinha, possivelmente por possuírem independência funcional. De acordo com Moraes *et al.* (2018), condições sociais como nível socioeconômico, suportes social, engajamento social e autossuficiência são parâmetros decisivos na sobrevivência dessa população. Ressalta-se que, ainda que exista rede de apoio familiar, é fundamental que se previna a solidão, caracterizada pelo isolamento social. Essa condição está associada a um pior prognóstico de saúde e é um fator de risco para alterações nos domínios cognitivos (Canuto; Salles; Bastos, 2025).

Verificou-se uma tendência à adoção de hábitos considerados saudáveis. Como exemplo, destaca-se o predomínio de pessoas que não possuem o hábito de fumar ou que o abandonaram ao longo da vida. Este hábito é reconhecido como fator de risco para diversos agravos de saúde como o acidente vascular cerebral e as neoplasias. O abandono, mesmo em fases mais avançadas da vida, apresenta benefícios para a qualidade de vida e redução da multimorbidade, contribuindo para a prevenção ou retardamento do desenvolvimento da fragilidade (Kojima *et al.* 2025; Lima *et al.* 2025; Mahamud *et al.*, 2021).

Além disso, os participantes afirmam possuir uma alimentação adequada e saudável, o que pode indicar ações individuais de autocuidado e a existência de condições socioeconômicas para se alimentar de maneira adequada. Destaca-se que escolha alimentar é influenciada por fatores, como o conhecimento sobre alimentação e nutrição, percepções sobre alimentação saudável, idade, situação de saúde, renda, escolaridade e fatores socioculturais (Silva *et al.* 2024).

A respeito da estratificação de risco clínico-funcional, predominam pessoas idosas robustas. Não houveram participantes considerados frágeis, tal resultado ocorreu de forma esperada, visto que a condição de fragilidade multidimensional inviabilizaria a participação da pessoa idosa em um grupo de promoção de exercícios físicos, por questões como o deslocamento até o local destinado para as atividades e a prática grupal em si.

O fato de não possuírem pessoas idosas frágeis no Grupo “Amigos da Saúde” não reduz a importância do grupo enquanto espaço promotor de atividades de saúde, possivelmente por se tratar de um grupo longínquo, em funcionamento há aproximadamente 15 anos, tais participantes podem ter mantido suas capacidades físicas como adequadas diante dos cuidados que foram promovidos no local, enquanto prevenção da saúde.

No que se refere às pessoas frágeis residentes no território abrangido pela UESF promotora do grupo, os dados do presente estudo indicam a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas especificamente a este público vulnerável, caso não estejam já sendo ofertadas, como visitas domiciliares. A aproximação entre os cuidados de saúde e as necessidades individuais de cada pessoa idosa, são de fundamental importância para a manutenção da fragilidade (Faria *et al.*, 2021).

A partir da análise deste estudo, destaca-se que uma parcela significativa dos participantes obteve pontuação na dimensão mobilidade do IVCF-20. Dentro dessa dimensão, o componente mais indicado foi a incontinência esfincteriana, o que aponta para a necessidade de desenvolvimento de ações específicas por parte UESF junto ao grupo. Trata-se de uma das principais síndromes geriátricas, com repercussões negativas tanto nos aspectos físicos quanto sociais (Kesller *et al.* 2022).

Outro achado relevante refere-se à dimensão de autopercepção da saúde, um importante indicador do estado de saúde, que, além de refletir o estado funcional, é influenciado por variáveis psicossociais, como a autoestima, depressão e solidão (Oliveira, Souza e Alvarez, 2024). Essa dimensão também pode estar relacionada

com a prática de exercícios físicos, especialmente quando realizada em grupos (Souza *et al.* 2024). Verificou-se que quanto maior é o grau de fragilidade, pior tende a ser a avaliação individual do próprio estado de saúde e que avaliações mais negativas se relacionam também com a presença de comorbidades múltiplas.

Constatou-se também que uma grande parcela dos participantes apresenta sobrepeso, enquanto que uma parcela menor classifica-se como baixo peso é importante considerar que tanto a desnutrição quanto a obesidade estão associadas a um desequilíbrio entre ingestão de nutrientes e fatores como: necessidades nutricionais, solidão, condições socioeconômicas, polifarmácia e doenças crônicas (Da Silva et al., 2024). Além disso, a perda de peso não intencional relatada por alguns participantes pode estar associada a alterações fisiológicas e/ou psicossociais e vulnerabilidades sociais (Sardinha; Almeida, 2024).

O estudo apresenta algumas limitações: por se tratar de um recorte transversal, não foi possível realizar o acompanhamento dessas pessoas idosas ao longo do tempo durante sua participação no Grupo “Amigos da Saúde “. Além disso, O IVCF-20 foi aplicado diretamente às pessoas idosas desacompanhadas, podendo haver discrepâncias nos resultados devido a possíveis vieses de memória.

Entre as potencialidades do estudo, destaca-se a estratificação da população que frequenta o grupo ofertado em uma UESF, permitindo identificar demandas e orientar o acompanhamento das condições saúde da pessoa idosa no território. Tal abordagem pode servir como modelo para o desenvolvimento e/ou avaliação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas idosas em futuros estudos. Donadeli (2024) ressalta que, para que a promoção efetiva da equidade em saúde, é essencial considerar estratégias baseadas em evidências, com foco prioritário em situações de vulnerabilidade.

4.5 CONCLUSÃO

Este estudo identificou que as pessoas idosas que participam do grupo “Amigos da Saúde” são, em sua maioria, robustas e possuem uma boa autopercepção do próprio estado de saúde e de modo geral, não foram verificadas situações evidentes de vulnerabilidade clínico-funcional entre os participantes. No entanto, ressalta-se a necessidade de que a APS desenvolva ações e projetos direcionados aos cuidados com a saúde da pessoa idosa, com base na estratificação de riscos

clínico-funcionais. Destaca-se, nesse contexto, a importância da promoção do exercício físico e da preservação das capacidades funcionais.

No planejamento de políticas públicas específicas, é fundamental considerar possíveis casos de indivíduos em condição de fragilidade ou com limitações de mobilidade que impeçam o deslocamento para a participação em atividades grupais de promoção à saúde. Recomenda-se a realização de pesquisas futuras para confirmação dos achados e explorem outras variáveis relevantes à promoção da saúde ofertada pelas UESF.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo central analisar a promoção do cuidado com a saúde da pessoa idosa, a partir de um grupo de exercícios físicos ofertado por uma UESF, no Município de Ponta Grossa, Paraná.

Inicialmente, no primeiro artigo, realizou-se uma revisão integrativa para uma análise das principais produções científicas atuais que abordam o declínio funcional e a fragilidade em pessoas idosas na APS, no contexto brasileiro.

Evidenciou-se que a fragilidade é uma condição multifatorial, associada a domínios funcionais, clínicos e psicossociais. Destacou-se a importância da APS no desenvolvimento de ações e projetos voltados à preservação das capacidades funcionais e da qualidade de vida na população idosa. Dentre os estudos analisados, observou-se a ênfase na utilização de instrumentos eficientes para o rastreio de fragilidade, como o IVCF-20. Verificou-se que havendo a identificação precoce e a integralidade do cuidado, pode contribuir para a minimização de impactos associados.

A partir disso, construiu-se o objetivo do segundo artigo: identificar representações sociais de participantes idosos do grupo “Amigos da Saúde”, sobre envelhecimento saudável e cuidados com a saúde. Esse grupo promove o cuidado com a saúde pela prática orientada do exercício físico e é ofertado por uma UESF no município de Ponta Grossa, Paraná, Paraná. Para tanto, utilizou-se a metodologia de grupo focal, aplicada aos participantes que frequentam as atividades do grupo por três anos consecutivos.

A pesquisa fundamentou-se na Teoria das Representações Sociais, do autor Serge Moscovici, a partir da qual se identificam conhecimentos produzidos pelo senso comum, compartilhados coletivamente e que atribuem significados à realidade social, estruturando identidades, organizando comunicações e orientando condutas (Jodelet, 2001).

O segundo artigo considerou o conceito apresentado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015) ao envelhecimento saudável, compreendido como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, permitindo o bem-estar. Com base nos resultados obtidos, observou-se que o grupo “Amigos da Saúde” desempenha um papel essencial na promoção do bem-estar, ao oferecer não apenas a prática do exercício físico, mas também oportunidades de socialização e apoio emocional. A participação contínua no grupo mostrou-se benéfica para a

autonomia e a qualidade de vida dos participantes, reforçando a importância de iniciativas desse tipo para a promoção de um envelhecimento saudável.

Desse modo, o primeiro e o segundo artigo se complementam, uma vez que, no primeiro, identifica-se a necessidade do desenvolvimento de ações e projetos de promoção à saúde pela APS com foco no envelhecimento saudável e a autonomia da pessoa idosa. Já no segundo observa-se que a existência de grupos de cuidado, como o grupo “Amigos da Saúde”, voltado à promoção de exercícios físicos, pode configurar-se como um modelo de intervenção na APS, considerando que na perspectiva da amostra do grupo focal, atribui-se valor para as atividades no que se refere ao bem-estar.

O terceiro artigo amplia a discussão desenvolvida na dissertação, ao abordar a importância da estratificação de risco clínico-funcional na população idosa no contexto da APS. Com o objetivo de verificar os aspectos multidimensionais da condição de saúde de pessoas idosas participantes do grupo, aplicou-se o instrumento de triagem IVCF-20. Os resultados indicaram que as pessoas idosas que participam do grupo “Amigos da Saúde” são, em sua maioria, classificadas como robustas e possuem uma boa autopercepção do estado de saúde.

Dessa forma, o grupo analisado no segundo e terceiro artigo demonstra potencial contribuição para a manutenção clínico-funcional de seus participantes. Além disso, os achados evidenciam a necessidade da UESF promotora de tal atividade desenvolver ações, buscando a promoção da saúde para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade clínico-funcional, para a minimização dos riscos e prevenção de agravos.

Conclui-se que o desenvolvimento de grupos no âmbito da APS, como de promoção aos exercícios físicos, pode apresentar-se como uma estratégia efetiva para a promoção do envelhecimento saudável. Nesse sentido, a presente dissertação contribui com reflexões relevantes sobre a importância da estratificação de risco clínico-funcional da população idosa em todo o contexto da APS, com o uso de instrumentos como o IVCF-20, fornecendo subsídios para o desenvolvimento e a avaliação políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável no SUS. Destaca-se também, a necessidade de futuros estudos que utilizem amostras longitudinais, para investigação sobre os efeitos da participação em grupos de promoção do exercício físico sobre a manutenção das capacidades funcionais da população idosa.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS, **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos**, IBGE, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos> Acesso em: Março/2025.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS, **Em 2023, expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia**, IBGE, 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia> Acesso em: Março/2025.

ALBUQUERQUE, Alúcia Guerra *et al.* Capacidade funcional e linguagem de idosos não-participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 14, p. 952-962, 2012.

ALMEIDA, A. P. S. C. *et al.* Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Revista de saúde pública**, v. 51, p. 50, 2017.

AUGUSTI, A. C. V.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V.. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária-Estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

BARDIN, L. (2011). **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRA, R. P. *et al.* Fragilidade e espacialização de pessoas idosas do município de Uberlândia com IVCF-20. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, p. 1-11, 2023.

BÕING, E.; CREPALDI, M. A. Reflexões epistemológicas sobre o SUS e atuação do psicólogo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 34, n. 03, p. 745-760, 2014.

BORGES, L. M.; SEIDL, E. M. F. Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, p. 66-81, 2012.

BRASIL, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Cadernos de Atenção Básica nº19, Brasília-DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 14.423, de 22 de julho de 2022**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Brasília, DF, 2022.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, DF. 2011.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRITO, G. S. *et al.* Vulnerabilidade clínico funcional de idosos usuários da atenção primária à saúde: Estudo transversal. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 47, 2023.

CABRAL, J. F. *et al.* Vulnerabilidade e Declínio Funcional em pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde: estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, p. e200302, 2021.

CANUTO, R. M. S.; SALLES, R. J.; BASTOS, M. F. Associações entre a solidão e a saúde física e psíquica da pessoa idosa: Uma revisão integrativa. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 11, n. 1, p. 457-476, 2025.

CARVALHO, F. F. B. D. *et al.* Oferta e participação nas práticas corporais e atividades físicas na Atenção Primária no Brasil: análise de 2014 a 2022. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e09492023, 2025.

CARVALHO, L. J. A. R. D. *et al.* Clinical-functional frailty and sarcopenia in aged individuals in primary health care. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, p. e76145, 2022.

CORTEZ, P. J. *et al.* Functional disability and associated factors in older adults seen at a primary health care unit. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 1-8, 2023.

COSTA, M. F. B. N. A. D; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 44, p. 437-444, 2010.

DA SILVA, G. A. *et al.* Associação entre estado nutricional e estado funcional de idosos residentes em comunidade: uma revisão sistemática. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 32, p. e32030495, 2024.

DA SILVA, J. A. *et al.* Lei nº 8080 e o direito à saúde no Brasil: uma reflexão crítica. **lumen et virtus**, v. 15, n. 42, p. 7166-7177, 2024.

DA SILVA-FERREIRA, T. *et al.* Interdisciplinaridade e envelhecimento: premissas, conceitos e indagações. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 10, n. 1, p. 572-583, 2023.

DALLA LANA, L. *et al.* Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, 2021.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 20, n. 1 (jan. 1999), p. 5-25, 1999.

DELVENTHAL, M. J.; FERNÁNDEZ-VILLAVÉRDE, J.; GUNER, N. Demographic transitions across time and space. **National Bureau of Economic Research**, 2021.

DONADELI, R. L. *et al.* Desafios e oportunidades na promoção da equidade em saúde: perspectivas para políticas públicas e intervenções comunitárias. **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica**, v. 3, n. 1, p. 191-202, 2024.

DUARTE, Y. A. D. O. *et al.* Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 24, p. 173-177, 2008.

FARIA, A. D. C. A. *et al.* Programas de exercício físico no domicílio dos idosos frágeis: revisão integrativa. **Enfermagem Brasil**, v. 20, n. 5, p. 699-714, 2021.

FERREIRA, G. A.; FERREIRA, C. A. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: trajetória e perspectivas. **Revista Direito em Debate**, v. 32, n. 59, p. e11861, 2022.

FREITAS, F. F. Q. *et al.* Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4439-4450, 2020.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The journals of gerontology. Series A, **Biological sciences and medical sciences**, Oxford, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.

GALEGO, J. P. C. *et al.* Teoria das Representações Sociais: um Convite aos Estudos de Serge Moscovici. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v. 20, p. 11178-11178, 2023.

GATTI, A. L. *et al.* Pesquisa qualitativa: grupo focal e intervenções psicológicas com idosos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, n. 1, p. 20-39, 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GONÇALVES, C. D. Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2015.

GOPINATH, B. et al. Physical activity as a determinant of successful aging over ten years. **Scientific reports**, v. 8, n. 1, p. 10522, 2018.

IZQUIERDO, M. *et al.* Recomendações Internacionais de Exercícios para Idosos (ICFSR): Diretrizes de Consenso de Especialistas. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, [SI], v. 7, p. 824-853, 2021.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. D. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 480-490, 2015.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. **As representações sociais**, v. 17, n. 44, p. 1-21, 2001.

KESSLER, M. *et al.* Efeito da incontinência urinária na autopercepção negativa da saúde e depressão em idosos: uma coorte de base populacional. **Ciencia & saude coletiva**, v. 27, p. 2259-2267, 2022.

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em revista**, v. 10, n. 15, p. 124-138, 2004.

KIRST, C.; DARSIE, C. Notas sobre a saúde pública, a saúde coletiva e o estabelecimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Asklepion: Informação em Saúde**, v. 1, n. 2, p. 91-112, 2021.

KOJIMA, G. *et al.* Association between Time Since Smoking Cessation and Frailty Trajectory among Community-Dwelling Older People: English Longitudinal Study of Ageing. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 26, n. 1, p. 105328, 2025.

LENARDT, M. H. *et al.* Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v. 69, p. 478-483, 2016.

LIMA, D. V. D. *et al.* Evidências do envelhecimento populacional e implicações fiscais no Brasil. **Redeca, Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos**, v. 11, p. e66409-e66409, 2024.

LIMA, L. C. D. O. *et al.* Perfil epidemiológico do acidente vascular cerebral isquêmico transitório (AVC) e síndromes relacionadas em adultos e idosos no Nordeste brasileiro de 2018 a 2023. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 18, p. e081820-e081820, 2025.

LINS, M. E. M. *et al.* Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v. 43, p. 520-529, 2019.

MACENA, W. G.; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Revista Mosaicum**, Teixeira de Freitas, v. 15, n. 27, p. 223-238, 2018.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Saúde do Idoso e os atributos da Atenção Básica à Saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 55018-55036, 2020.

MAHMUD, I. C. *et al.* Tabagismo em idosos. **SCIENTIA MEDICA (PORTO ALEGRE. ONLINE)**, 2021.

MAIA, L. C. *et al.* Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 5041-5050, 2020.

MELO, B. R. D. S. *et al.* Agreement between fragility assessment instruments for older adults registered in primary health care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre v. 43, p. e20210257, 2022.

MERLO, F.; KONRAD, G. V. R. Documento, história e memória: a importância da preservação do patrimônio documental para o acesso à informação. **Informação & informação**, v. 20, n. 1, p. 26-42, 2015

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G.; DA SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, p. 507-519, 2016.

MORAES, E. N. D. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 81, 2016.

MORLEY, J. E. *et al.* Frailty consensus: a call to action. **Journal of the American Medical Directors Association**, 14(6), 392–397. 2013.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Cabral. Rio de Janeiro, Zahar, 1978

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado. **São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, 2023.

OLIVEIRA, A. L.; SOUSA, T.; ALVAREZ, M. Longevidade saudável e equilíbrios dinâmicos do bem-estar, da dieta e da atividade física. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 10, n. 1, p. 1–20-1–20, 2024.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

OLIVEIRA, P. R. C. *et al.* Fatores associados à fragilidade em idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, 2021.

OLIVEIRA, T. P. D.; SANTOS, E. M. D. P. D. Ações de promoção à saúde do homem pela equipe de enfermagem na atenção primária. **Revista Foco**, v. 17, n. 11, p. e7029-e7029, 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)**, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030> Acesso em: Março/2025.

PAGANI, R. N. *et al.* Methodi Ordinatio 2.0: revisited under statistical estimation, and presenting Flinder and RankIn. **Quality & Quantity**, v. 57, n. 5, p. 4563-4602, 2023.

PAGANI, R. N.; KOVALESKI, J. L.; DE RESENDE, L. M. Avanços na composição da Methodi Ordinatio para revisão sistemática de literatura. **Ciência da Informação**, Brasília v. 46, n. 2, 2017.

PAGANI, R. N.; KOVALESKI, J. L.; RESENDE, L. M. Methodi Ordinatio: a proposed methodology to select and rank relevant scientific papers encompassing the impact factor, number of citation, and year of publication. **Scientometrics**, Budabeste, v. 105, p. 2109-2135, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso / SAS-SESA**, Adriane Miró Vianna Benke Pereira, Amélia Cristina Dalazuana Souza Rosa. – Curitiba: SESA, 2018.

PEREIRA, L. C. *et al.* Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, p. 112-118, 2017.

PILLATT, A. P.; NIELSSON, J.; SCHNEIDER, R. H. Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 26, p. 210-217, 2019.

PONTA GROSSA, **Cidade de oportunidades**. 2025a Disponível em: <https://www.pontagrossa.pr.gov.br/invistaempg/> Acesso em: março/2025.

PONTA GROSSA, Fundação Municipal de Saúde, Distritos Unidades de Saúde, 2025b. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/distritos-unidades-de-saude/> Acesso em: março/2025.

RABELO, V. D. R. C.; ARRUDA, A. Representações em construção entre idosas e jovens expostos a novas práticas sociais na velhice. **Psicologia em Revista**, v. 26, n. 1, p. 63-82, 2020.

RIBEIRO, A. V. T.; LINS, M. E. C.; DE ALCANTARA, T. G. Fatores indutores da desmotivação masculina na busca por serviços de saúde. **FAP Science**, v. 1, n. 2, 2025.

RIBEIRO, E. G. *et al.* Frailty in the elderly: screening possibilities in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, p. e20200973, 2022.

RIBEIRO, I. A. *et al.* Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, 2019.

ROCKWOOD, K. *et al.* (2006). Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. **Journal of the American Geriatrics Society**, [SI], v.54, p. 975–979, 2006.

RODRIGUES, E. F. S. *et al.* O papel da família na promoção do envelhecimento saudável em idosos: uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. e14940-e14940, 2024.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. D. F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em debate**, v. 44, p. 17-31, 2020.

SALES, O. P. *et al.* O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SAMPAIO, E. C. **Envelhecimento humano**. Editora Científica. 2020.

SARDINHA, A. N.; ALMEIDA, M. H. M. D. Cuidado a idosos com perda de peso não intencional: percepções de profissionais da Atenção Primária em São Paulo, SP, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, p. e230478, 2024.

SILVA, F. C. *et al.* PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE APLICADAS ENFERMAGEM NO BRASIL. **Revista Ibero-Americana De Humanidades**, Ciências E Educação, v.10, n.11, p. 1710-172, 2024.

SILVA, J. R. (2019). A importância da atenção primária na promoção da saúde do idoso. **Revista Humanidades & Inovação**, 6(3), 1-15. 2019.

SILVA, L. G. D. C. *et al.* Evaluation of the functionality and mobility of community-dwelling older adults in primary health care. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, p. e190086, 2020.

SILVA, S. P. C.; MENANDRO, M. C. S. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. **Saúde e sociedade**, v. 23, p. 626-640, 2014.

SILVA, S. R. D. A. *et al.* Representações sociais da alimentação saudável para pessoa idosa: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 98, n. 1, 2024.

SIMIELI, I.; PADILHA, L. A. R.; TAVARES, Cristiane Fernandes de Freitas. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 37, p. e1511-e1511, 2019.

SOARES, M. D. C. *et al.* A autopercepção de saúde de idosos frequentadores de grupos de convivência. **ARACÊ**, v. 6, n. 3, p. 5493-5504, 2024.

SOCOLOSKI, T. D. S. *et al.* Barreiras para a prática de atividade física em idosos: revisão de escopo de estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1-8, 2021.

SOUZA, E. M. D.; SILVA, D. P. P.; BARROS, A. S. D. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. **Ciencia & saude coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1355-1368, 2021.

SOUZA, M. K. D. J. *et al.* Contribuições de grupos de convivência para a promoção da saúde mental da pessoa idosa. **Revista Contemporânea**, v. 5, n. 2, p. e7514-e7514, 2025.

STOBÄUS, C. D.; DE LIRA, G. A; RIBEIRO, K. S. Q. S. Elementos para um envelhecimento mais saudável através da promoção da saúde do idoso e educação popular. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, 2018.

TAVARES, R. E. *et al.* Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 20, p. 878-889, 2017.

TRINTINAGLIA, V.; BONAMIGO, A. W.; AZAMBUJA, M. S. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento Saudável na América Latina: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 35, p. 15-15, 2022.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA (UEPG), Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas. **Sobre o PPGCSA**. 2025. Disponível em: <https://www2.uepg.br/ppgcsa/#contato> Acesso em: março/2025.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Decade of healthy ageing: Plan of action**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on ageing and health**. 2015.

APÊNDICE A – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

a) Artigo- O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA PERSPECTIVA DE PARTICIPANTES IDOSOS DE UM GRUPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais Aplicadas



Universidade Estadual
de Ponta Grossa

Título do Estudo: **O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA PERSPECTIVA DE PARTICIPANTES IDOSOS DE UM GRUPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Pesquisador Responsável: **GUILHERME JACOPETTI PSZEDIMIRSKI**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar sobre o estudo e solicitar a sua permissão para a participação.

O objetivo desta pesquisa é identificar representações sociais sobre o envelhecimento saudável e a promoção à saúde no contexto do grupo multiprofissional “Amigos da Saúde”.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, será convidado(a) a responder algumas perguntas sobre o grupo “Amigos da Saúde” e sobre seus cuidados com a saúde, realizadas em duas rodas de conversas, de aproximadamente 30 minutos cada. Destaca-se que não há a necessidade de resposta para todas as perguntas realizadas.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. Nesse estudo, os possíveis riscos ou desconfortos são angústia ou constrangimento em alguma pergunta de cunho pessoal. Contudo, a pesquisa poderá contribuir cientificamente para a organização de atividades de cuidado com a saúde para pessoas idosas desenvolvidas pela Atenção Primária a saúde do município de Ponta Grossa-PR.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo. Destaca-se que seu nome será mantido em sigilo absoluto pelos pesquisadores.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo financeiro. Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com a pesquisa.

Solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Guilherme Jacopetti Pszedimirski pelo telefone (42)99919-6577, endereço Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - Uvaranas, Ponta Grossa - PR, 84030-900 (Laboratório de Integração Tecnológica em Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual de Ponta Grossa) e/ou pelo e-mail guilhermejacopetti@hotmail.com.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: **O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA PERSPECTIVA DE PARTICIPANTES IDOSOS DE UM GRUPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

_____ Nome do participante ou responsável _____ Assinatura do participante ou responsável	Data: ____/____/____
---	-----------------------------

Eu, Guilherme Jacopetti Pszedimirski, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

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

b) Artigo- AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DE PARTICIPANTES IDOSOS DE UM GRUPO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PONTA GROSSA, PARANÁ



Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais Aplicadas



Título do Estudo: **AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DE PARTICIPANTES IDOSOS DE UM GRUPO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PONTA GROSSA/PARANÁ**

Pesquisador Responsável: **GUILHERME JACOPETTI PSZEDIMIRSKI**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar sobre o estudo e solicitar a sua permissão para a participação.

O objetivo desta pesquisa é avaliar os aspectos multidimensionais da condição de saúde e indicadores sociodemográficos em pessoas idosas participantes do grupo multiprofissional "Amigos da Saúde" ofertado na cidade de Ponta Grossa/PR.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, será convidado(a) a responder a um questionário denominado Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) e a um questionário sociodemográfico, com os indicadores: faixa etária, gênero, cor ou raça, estado civil, hábito de fumar, alimentação, convívio familiar, alfabetização, escolaridade, profissão atual, fonte de renda, renda familiar e quantidade de moradores na residência.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. Nesse estudo, os possíveis riscos ou desconfortos são angústia ou constrangimento em alguma pergunta de cunho pessoal. Contudo, a pesquisa poderá contribuir cientificamente para a organização de atividades de cuidado com a saúde para pessoas idosas envolvidas pela Atenção Primária a saúde do município de Ponta Grossa-PR.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo. Destaca-se que seu nome será mantido em sigilo absoluto pelos pesquisadores.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo financeiro. Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexo causal com a pesquisa.

Solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Guilherme Jacopetti Pszedimirski pelo telefone (42)99919-6577, endereço Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - Uvaranas, Ponta Grossa - PR, 84030-900 (Laboratório de Integração Tecnológica em Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual de Ponta Grossa) e/ou pelo e-mail guilhermejacopetti@hotmail.com.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: **AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DE PARTICIPANTES IDOSOS DE UM GRUPO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PONTA GROSSA/PARANÁ**

_____ Nome do participante ou responsável _____ Assinatura do participante ou responsável	Data: ____/____/____
Eu, Guilherme Jacopetti Pszedimirski, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.	
_____ Assinatura e carimbo do Pesquisador	Data: ____/____/____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

- a) Artigo- AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DE PARTICIPANTES IDOSOS DE UM GRUPO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PONTA GROSSA, PARANÁ



Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais Aplicadas



QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO – INDICADORES

NOME: _____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

GÊNERO: _____

COR OU RAÇA: () AMARELO () BRANCO () INDÍGENA () PARDO () PRETO

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO () VIÚVO () SEPARADO/DIVORCIADO

HÁBITO DE FUMAR: () SIM () NÃO

CONSIDERA QUE SUA ALIMENTAÇÃO É ADEQUADA E SAUDÁVEL?: () SIM () NÃO

CONVÍVIO FAMILIAR: () SIM () NÃO

ALFABETIZAÇÃO (SABER LER E ESCREVER): () SIM () NÃO

ESCOLARIDADE: _____

PROFISSÃO ATUAL: _____

FONTE DE RENDA: () TRABALHO FORMAL OU INFORMAL () OUTROS – BENEFÍCIOS SOCIAIS/TERCEIROS

RENDA FAMILIAR: () <1 SALÁRIO () 1 SALÁRIO () 2 SALÁRIOS () 3 SALÁRIOS OU MAIS

QUANTIDADE DE PESSOAS NA RESIDÊNCIA: _____

ANEXO A – IVCF-20 (Paraná, 2018)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 WWW.IVCF-20.COM.BR			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			Pontuação
			() 60 a 74 anos ⁰
IDADE	1. Qual é a sua idade?	() 75 a 84 anos ¹	
		() ≥ 85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	() Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	
	Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁶ () Não	
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não		
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não		
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não		
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não		
	11. No último mês, você perdeu o interesse em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não	
		14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² () ; • Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . () Sim ² () Não	
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não	
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato () Sim ² () Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não	
COMORBIDADES	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas () ; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; • Internação recente, nos últimos 6 meses () . () Sim ⁴ () Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			