

# A ARTE DE ENVELHECER

## COM DIGNIDADE:

desafios e  
perspectivas

**Organizadoras:**

Karla de Mello Silva

Lidiane Silva Torres

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral.



## Organizadoras:

Karla de Mello Silva

Lidiane Silva Torres

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral.

Os estudos aqui reunidos tratam das mais diversas áreas do conhecimento, vindo ao encontro da grande transdisciplinaridade que é o envelhecer. É impossível ver essa fase da vida sob um só ângulo. A mirada deve ser holística. Assim, a coletânea de artigos perpassa por vários aspectos desse entardecer da vida, previstos inclusive no Estatuto da Pessoa Idosa (Lei no. 10.741/2003). Este é o caso de estudo que trata do direito à educação; daqueles escritos aqui presentes, que cuidam dos problemas de saúde mais específicos para a pessoa idosa, como é o relativo à hipertensão arterial, à saúde mental e à saúde bucal, esta, tão pouco difundida; do mercado de trabalho, que se sabe ser bem hostil para a população sessenta mais; da violência praticada contra a pessoa idosa, abrangendo um ponto essencial que é a questão de gênero; e os aspectos biológicos, psicossociais e culturais, mais especificamente no campo da sexualidade.

Como se percebe, este livro é de grande valia não só para os estudiosos do tema, mas para todo e qualquer interessado na vida. Sim, porque o envelhecer, como já afirmado, é parte desse processo.

Parabenizo, portanto, a todos os que participaram do processo de elaboração desta obra, em especial à sua idealizadora e coordenadora, Professora Doutora Hildeliza Boechat.

Profa. Dra. Débora Gozzo

doi 10.29327/5661967

ISBN 978-65-6006-216-0



9 786560 062160 >

  
**EXPERT**  
EDITORA DIGITAL

# A ARTE DE ENVELHECER

COM  
DIGNIDADE:

desafios e  
perspectivas

**Direção Executiva:** Luciana de Castro Bastos  
**Direção Editorial:** Daniel Carvalho  
**Diagramação e Capa:** Editora Expert  
A regra ortográfica usada foi prerrogativa do autor



Todos os livros publicados pela Expert Editora Digital estão sob os direitos da Creative Commons 4.0 BY-SA. <https://br.creativecommons.org/>  
"A prerrogativa da licença creative commons 4.0, referencias, bem como a obra, são de responsabilidade exclusiva do autor"

A Expert Editora, bem como a organização da obra não se responsabilizam por quaisquer posições, opiniões e condutas compartilhadas nesta obra, sendo o conteúdo dos capítulos de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores.

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

TORRES, Lidiane Silva.  
CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat.  
A arte de envelhecer com dignidade: desafios e perspectivas / organizado por Karla de Mello Silva, Lidiane Silva Torres, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral. – Belo Horizonte, MG: Editora Expert, 2025.  
230 p.  
ISBN: 978-65-6006-216-0  
DOI: 10.29327/5661967  
1.Envelhecimento. 2.Pessoa idosa. 3.Direitos da pessoa idosa. 4.Saúde.  
5.Qualidade de vida. 6.Dignidade.  
I. Silva, Karla de Mello, org. II. Torres, Lidiane Silva, org. III. Cabral, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat, org. IV. Título.  
CDD: 305.26 CDU: 316.346.32-053.9  
Modo de acesso: <https://experteditora.com.br>

#### Índices para catálogo sistemático:

Envelhecimento / Direitos da Pessoa Idosa / Saúde – 305.26 / 316.346.32-053.9

[experteditora.com.br](https://experteditora.com.br)  
[contato@editoraexpert.com.br](mailto:contato@editoraexpert.com.br)





**Prof. Dra. Adriana Goulart De Sena Orsini**  
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

**Prof. Dr. Alexandre Miguel Cavaco Picanco Mestre**  
Universidade Autónoma de Lisboa, Escola.  
Superior de Desporto de Rio Maior, Escola.  
Superior de Comunicação Social (Portugal),  
The Football Business Academy (Suíça)

**Prof. Dra. Amanda Flavio de Oliveira**  
Universidade de Brasília - UnB

**Prof. Dr. Carlos Raul Iparraguirre**  
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales,  
Universidad Nacional del Litoral (Argentina)

**Prof. Dr. César Mauricio Giraldo**  
Universidad de los Andes, ISDE, Universidad  
Pontificia Bolivariana UPB (Bolívia)

**Prof. Dr. Eduardo Goulart Pimenta**  
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG,  
e PUC - Minas

**Prof. Dr. Gladston Mamede**  
Advogado e escritor

**Prof. Dr. Francisco Satiro**  
Faculdade de Direito da USP - Largo São  
Francisco

**Prof. Dr. Gustavo Lopes Pires de Souza**  
Universidad de Litoral (Argentina)

**Prof. Dr. Henrique Viana Pereira**  
PUC - Minas

**Prof. Dr. Javier Avilez Martínez**  
Universidad Anahuac, Universidad  
Tecnológica de México (UNITEC), Universidad  
Del Valle de México (UVM) (México)

**Prof. Dr. João Bosco Leopoldino da Fonseca**  
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

**Prof. Dr. Julio Cesar de Sá da Rocha**  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

**Prof. Dr. Leonardo Gomes de Aquino**  
UniCEUB e UniEuro, Brasília, DF.

**Prof. Dr. Luciano Timm**  
Fundação Getúlio Vargas - FGVSP

**Prof. Dr. Mário Freud**  
Faculdade de direito Universidade  
Agostinho Neto (Angola)

**Prof. Dr. Marcelo Andrade Féres**  
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

**Prof. Dr. Omar Jesús Galarreta Zegarra**  
Universidad Continental sede Huancayo,  
Universidad Sagrado Corazón (UNIFE),  
Universidad Cesar Vallejo, Lima Norte (Peru)

**Prof. Dr. Raphael Silva Rodrigues**  
Centro Universitário Unihorizontes  
e Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

**Prof. Dra. Renata C. Vieira Maia**  
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

**Prof. Dr. Rodolpho Barreto Sampaio Júnior**  
PUC - Minas e Faculdade Milton Campos

**Prof. Dr. Rodrigo Almeida Magalhães**  
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.  
PUC - Minas

**Prof. Dr. Thiago Penido Martins**  
Universidade do Estado de  
Minas Gerais - UEMG



## **PREFÁCIO**

Foi com imensa alegria que recebi o convite da Professora Doutora Hildeliza Boechat, para prefaciar a obra que ora vem a público. Trata-se de uma coletânea que tem como objeto a investigação de várias áreas do envelhecimento humano, tema que deveria estar sendo debatido não só com mais intensidade nos meios acadêmicos, mas igualmente em todos os meios de comunicação. Afinal, quem quer saber de velho? O mundo é dos jovens. O velho pode ser descartado. Isso é o que muitos pensam, inclusive as próprias pessoas idosas. A falta de autoestima chega a tal ponto, em razão do preconceito contra o velho, que a própria pessoa não imagina que ela tem o direito de viver bem e, dignamente. Neste sentido, importante a iniciativa da Organização das Nações Unidas - ONU -, de estabelecer a década do envelhecimento saudável, de 2021 a 2030. O grande problema, no entanto, é que 2030 está batendo na porta, e pouco se fez, e se faz, no mundo, em prol da pessoa idosa. Daí a relevância dos estudos aqui realizados, os quais devem contribuir para a conscientização da sociedade e da própria população idosa, especialmente, acerca de suas peculiaridades.

A verdade é que a temática do envelhecimento, por mais que ele faça parte da vida de todos os seres vivos, ainda encontra muita resistência nos fóruns de discussão. Na verdade, os poderes Legislativo e Executivo, em especial, que são os que deveriam, de fato, voltar-se para o desenvolvimento de políticas públicas sobre o assunto, parecem querer ignorar que o mundo está envelhecendo e, junto com ele, o Brasil. Nos idos dos anos 1960, por exemplo, o Brasil era considerado um país jovem. Agora, a pirâmide populacional está se invertendo, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Atualmente, conforme informa este Instituto, o país tem aproximadamente trinta e três (33.000.000) milhões de pessoas acima dos sessenta (60) anos, com base no censo de 2022. Ao mesmo tempo em que este número subiu praticamente cinquenta (50%) por cento de 2010 até hoje, o número de crianças diminuiu cerca de quatorze (14%)

por cento<sup>1</sup>. O Brasil está se tornando cada vez mais um país de pessoas idosas e, apesar de todas as tentativas legais para a proteção dessa parcela da população, muito pouco tem sido efetivo. Isto representa, portanto, um risco enorme para a vida dessas pessoas.

A partir disso, a iniciativa de tornar pública as investigações levadas a cabo pelos autores deste livro, é de grande júbilo para quem estuda a questão do envelhecimento. Afinal, “velho é o jovem que deu certo”. É isso! Todo aquele que chegar à velhice terá sido uma pessoa que conseguiu construir sua vida, chegando pelo menos até os sessenta mais. Esta é a idade designada pela Organização Mundial da Saúde - OMS -<sup>2</sup>, para considerar que uma pessoa alcançou a velhice, nos chamados países em desenvolvimento.

Enfim, os estudos aqui reunidos tratam das mais diversas áreas do conhecimento, vindo ao encontro da grande transdisciplinaridade que é o envelhecer. É impossível ver essa fase da vida sob um só ângulo. A mirada deve ser holística. Assim, a coletânea de artigos perpassa por vários aspectos desse entardecer da vida, previstos inclusive no Estatuto da Pessoa Idosa (Lei no. 10.741/2003). Este é o caso de estudo que trata do direito à educação; daqueles escritos aqui presentes, que cuidam dos problemas de saúde mais específicos para a pessoa idosa, como é o relativo à hipertensão arterial, à saúde mental e à saúde bucal, esta, tão pouco difundida; do mercado de trabalho, que se sabe ser bem hostil para a população sessenta mais; da violência praticada contra a pessoa idosa, abrangendo um ponto essencial que é a questão de gênero; e os aspectos biológicos, psicossociais e culturais, mais especificamente no campo da sexualidade.

---

1 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: 2 Jul. 2025.

2 Disponível em: [https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-diagnostico-sobre-envelhecimento-e-direito-ao-cuidado/Nota\\_Informativa\\_N\\_5.pdf](https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-diagnostico-sobre-envelhecimento-e-direito-ao-cuidado/Nota_Informativa_N_5.pdf). Acesso em: 2 Jul. 2025.

Como se percebe, este livro é de grande valia não só para os estudiosos do tema, mas para todo e qualquer interessado na vida. Sim, porque o envelhecer, como já afirmado, é parte desse processo.

Parabenizo, portanto, a todos os que participaram do processo de elaboração desta obra, em especial à sua idealizadora e coordenadora, Professora Doutora Hideliza Boechat.

Hamburgo, 2 de julho de 2025

Profa. Dra. Débora Gozzo, LLM (Münster); LLM(USP)  
Titular de Direito Civil da Faculdade de Direito da  
Universidade São Judas Tadeu/SP - USJT

Professora Permanente do PPG *stricto sensu* em  
Ciências do Envelhecimento - USJT

Ex-Coordenadora do Grupo de Trabalho sobre Direito  
à saúde da mulher, da Comissão da Mulher Advogada  
- OAB/SP

Presidente da Comissão Permanente de Estudos de  
Direito, Envelhecimento e Longevidade do IASP -  
2025/2027

*Visiting Professor* das Universidades de Bonn e  
Mannheim/Heidelberg e da *Bucerius Law School* -  
Alemanha

Advogada e Consultora

Contato: [deboragozzo@gmail.com](mailto:deboragozzo@gmail.com)

Redes Sociais: [@profa.deboragozzo](https://www.instagram.com/profa.deboragozzo)

## **ORGANIZAÇÃO**

Karla de Mello Silva

Lidiane Silva Torres

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

## **AUTORES**

Ana Carolina de Oliveira Lyrio	Isabela Miranda
Ana Paula Borges de Souza	Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Camila Ribeiro Teodoro	Juliana Toledo Campos Arêas
Carlos Henrique Medeiros de Souza	Karla de Mello Silva
Charlles Vieira Fonseca de Almeida	Lidiane Silva Torres
Clara Resende de Almeida Fernandes	Lucas Costa Lopes
Clara Soares Ferreira Mello	Matheus do Nascimento Sousa
Danielle Queiroz Bernardo	Moyana Mariano Robles-Lessa
Delphino Layber Neto	Nelia da Fonseca Pinto Ferreira
Diego do Nascimento Sousa	Priscila Resende de Almeida Fernandes
Dulce Helena Pontes-Ribeiro	Rosalee Santos Crespo Istoe
Eliana Crispim Franca Luquetti	Samantha Maia Koch Torres
Eliza Miranda Costa Caraline	Shirlena Campos de Souza Amaral
Elizabeth da Conceição Carvalho Nunes	Sofia Machado de Oliveira
Fernando Basilio dos Santos	Thaianne Muniz Souza
Greziene dos Santos Silva	Thiago Freitas de Souza
Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral	Valtair Afonso Miranda

## SUMÁRIO

O "domingo da vida": Um olhar sobre a dignidade da pessoa idosa....	13
<i>Karla de Mello Silva, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral, Dulce Helena Pontes-Ribeiro</i>	
Desafios e limitações ao acesso e permanência de idosos no sistema educacional brasileiro .....	29
<i>Lidiane Silva Torres, Elizabeth da Conceição Carvalho Nunes, Rosalee Santos Crespo Istoe</i>	
Pessoa idosa e mercado de trabalho: Desafios e desigualdades do século XXI.....	41
<i>Moyana Mariano Robles-Lessa, Carlos Henrique Medeiros de Souza</i>	
A importância da creatina para o envelhecimento saudável.....	59
<i>Danielle Queiroz Bernardo, Sofia Machado de Oliveira, Thiago Freitas de Souza, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral</i>	
A importância do profissional de psicologia nas instituições de longa permanência para idosos.....	75
<i>Nelia da Fonseca Pinto Ferreira, Greziene dos Santos Silva, Charles Vieira Fonseca de Almeida, Rosalee Santos Crespo Istoe</i>	
Manejo da hipertensão arterial sistêmica na saúde coletiva da pessoa idosa .....	85
<i>Clara Soares Ferreira Mello, Isabela Miranda, Thaianne Muniz Souza</i>	
Feridas crônicas no processo de envelhecimento: desafios e cuidados.....	95
<i>Lucas Costa Lopes, Clara Resende de Almeida Fernandes, Priscila Resende de Almeida Fernandes</i>	
Gênero, envelhecimento e violência: Um olhar interseccional sobre a vulnerabilidade .....	111
<i>Ana Carolina de Oliveira Lyrio, Camila Ribeiro Teodoro, Shirlena Campos de Souza Amaral</i>	

Atenção primária à saúde do idoso no século XXI: Inovações e desafios na era digital.....	127
<i>Ana Paula Borges de Souza, Lidiane Silva Torres, Eliana Crispim Franca Luquetti</i>	
Implicações da saúde bucal na função digestiva de idosos .....	141
<i>Samantha Maia Koch Torres, Lidiane Silva Torres, Valtair Afonso Miranda</i>	
Determinantes sociais da saúde na velhice: desafios para a equidade no envelhecimento com dignidade .....	153
<i>Fernando Basilio dos Santos, Lidiane Silva Torres, Rosalee Santos Crespo Istoe</i>	
O envelhecimento populacional e seus impactos sobre os sistemas de saúde.....	169
<i>Fernando Basilio dos Santos, Rosalee Santos Crespo Istoe, Juliana Toledo Campos Arêas</i>	
Comparação do nível de autonomia funcional entre pessoas idosas praticantes e não praticantes de musculação.....	181
<i>Greziene dos Santos Silva, Eliza Miranda Costa Caraline</i>	
Programa de atendimento à pessoa idosa com foco na saúde mental e práticas integrativas na atenção primária à saúde .....	197
<i>Juliana da Conceição Sampaio Lóss, Rosalee Santos Crespo Istoe, Valtair Afonso Miranda</i>	
Acesso e qualidade da atenção primária à saúde na população super idosa: uma análise médica e legal dos direitos constitucionais .....	211
<i>Delphino Layber Neto, Diego do Nascimento Sousa, Matheus do Nascimento Sousa</i>	

## **“DOMINGO DA VIDA”: UM OLHAR SOBRE A DIGNIDADE DA PESSOA IDOSA**

*Karla de Mello Silva*<sup>3</sup>

*Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral*<sup>4</sup>

*Dulce Helena Pontes-Ribeiro*<sup>5</sup>

### **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

Com o aumento da expectativa de vida, o número de idosos no Brasil e no mundo cresceu de forma vertiginosa. Todavia, lamentavelmente, o país ainda não dispõe de estrutura adequada para acolher e protegê-los, garantindo-lhes uma vida digna. Embora para muitos o envelhecer se revele um período difícil e doloroso, para alguns pode constituir-se em tempo de ricas reflexões e manifestação da sabedoria acumulada ao longo dos anos, ao que se remete à expressão *domingo da vida* utilizada pelo bioeticista brasileiro Leo

---

3 Mestre do Programa de Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Graduada em Direito. Técnica em Informática pelo Instituto Federal Fluminense Campus Itaperuna (IFF). Membro do Grupo de estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (Gepbidh). E-mail karlamello97@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3674178767696870>

4 Doutora e Mestra em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (Uenf). Pós-Doutora em Direito Civil e Processual Civil pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Pós-Doutoranda em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas) em andamento. Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Membro da Asociación de Bioética Jurídica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Membro do Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil (Iberc). Coordenadora do GEPBIDH (Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (Ibdfam). Membro do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (Brasilcon). E-mail: <http://lattes.cnpq.br/3000681744460902> -

5 Doutora em Letras (Área de Concentração: Língua Portuguesa) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Pós-graduação em Língua Portuguesa pela Faculdade de Filosofia de Itaperuna (Fafita) e em Semiótica Discursiva pela Universidade de Araraquara (Uniará). Graduação em Letras (Português/Inglês-Línguas e Literaturas) pela Faculdade de Filosofia de Itaperuna (Fafita). E-mail: [dulcehpontes@gmail.com](mailto:dulcehpontes@gmail.com)

Pessini, que relatou a experiência de um amigo que soube aprender a ser feliz e transmitia uma alegria única durante a travessia dessa fase da existência.

O contexto em que cada indivíduo está inserido o ajuda a enxergar essa fase da vida sobre diferentes perspectivas. A beleza da expressão *domingo da vida* reside justamente na ideia de estar bem e viver com qualidade durante o tempo que resta da existência terrena. O termo carrega um sentimento de nostalgia, pela semântica que remete à despedida, mas ao mesmo tempo evoca dignidade e serenidade. Essa etapa, quando vivida em plenitude, revela a pessoa idosa como alguém especial, cujas experiências e vivências permitem enxergar a vida como um presente que se renova diariamente. É necessário entender que a pessoa idosa tem muito a ensinar à humanidade, sobretudo àqueles que, sensíveis a essa compreensão, lhes atribuem verdadeiro valor e respeito.

Nesse cenário, torna-se imprescindível reafirmar o papel do idoso na sociedade e demonstrar que o envelhecimento ativo deve ser assegurado a todos, e não apenas a alguns. Em consonância com essa valorização, é relevante mencionar que as pessoas com mais de oitenta anos passaram a ter prioridade em relação aos demais idosos, em razão da Lei n. 13.466/2017, que alterou o Estatuto da Pessoa Idosa, visando garantir-lhes ainda mais proteção. A justificativa repousa no aumento expressivo da expectativa de vida, que exige especial proteção nessa fase marcada pela hipervulnerabilidade.

É necessário, portanto, despertar a sociedade para a importância de refletir sobre o lugar da pessoa idosa, reconhecendo seu legado cultural e social, bem como as contribuições que sua experiência de vida pode oferecer às novas gerações. A partir dessa perspectiva, a temática evidencia a urgência de se conferir ao idoso uma visão realista de suas possibilidades, perspectivas e potencial, além de resgatar o verdadeiro conteúdo da expressão *domingo da vida*, que, apesar da sonorização poética, serve como um alerta sutil sobre a finitude da existência humana e sobre o envelhecimento humano.

## **O ENVELHECIMENTO HUMANO E A PERSPECTIVA DA PESSOA IDOSA**

A vulnerabilidade é uma condição inerente ao ser humano. Amatriain (2017) ensina que todos estão sujeitos a riscos físicos e morais, em maior ou menor grau. Diante disso, impõe-se analisar a necessidade de proteção conforme o nível de fragilidade de cada indivíduo, uma vez que determinados grupos sociais se revelam mais suscetíveis e, por essa razão, demandam maior cuidado. É o caso da pessoa idosa, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência. Cada ser humano, de acordo com sua realidade, está exposto a um tipo específico de vulnerabilidade; entretanto, algumas categorias, como a das pessoas idosas, apresentam-se em condição de vulnerabilidade agravada, o que exige proteção mais intensa e respeito reforçado por parte da sociedade.

Norberto Seródio Boechat, geriatra e gerontologista, ensina que a “[...] expectativa de vida consiste na estimativa do número de anos que se espera que um indivíduo possa viver” (Boechat, 2021, p. 21), Sobretudo, é importante reconhecer que, mesmo em idade avançada, existem pessoas com mais de sessenta anos que levam uma vida mais ativa e saudável do que muitos jovens. Isso demonstra que a idade cronológica se limita ao número de anos vividos, não correspondendo necessariamente à capacidade de usufruir a vida de maneira plena, saudável e dinâmica. O autor ressalta ainda que, no último século, observa-se um aumento sem precedentes da expectativa de vida, fato que merece especial atenção, visto que “o aumento extraordinário da expectativa de vida criou outra classe populacional, denominada o ‘envelhecimento da velhice’, ao ultrapassar os oitenta e cinco anos” (Boechat, 2021, p. 25).

Frente aos desafios encontrados pela pessoa idosa, a legislação cria mecanismos para protegê-la como o Estatuto do Idoso que, em seu art. 3º, disciplina “[...] assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à

dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (Brasil, Lei n.10.741 de 2003). Nessa perspectiva é possível conceber que a qualidade de vida da pessoa idosa é refletida por diversos fatores que perpassam desde o nascimento até a fase em que se encontram.

Em concordância com a Lei supramencionada, vale frisar que, hodiernamente, afere-se a dignidade da pessoa humana pelos anos de vida do idoso, o que, nas palavras de Gonçalves Neto, Teixeira e Cabral (2018, p. 178) “engloba a alimentação adequada e saudável, cuidados com a saúde, cultivo da sabedoria, direito ao não sofrimento, busca pelo bem-estar psicossocial e pela felicidade que vão desde a adoção de medicamentos para evitar dor e sofrimento até a intervenções de ordem estética”. Adverte-se, por conseguinte, que a idade cronológica não é o bastante para se compreender a contextualização do envelhecimento humano. A representação pela idade cronológica seria uma forma restrita ao quantitativo. Isso porque, como é amplamente reconhecido, os avanços tecnológicos contribuíram significativamente para as ciências médicas e farmacêuticas, oferecendo à saúde humana uma nova perspectiva.

Diante do cenário vivido é possível inferir que “o envelhecimento mudou seu perfil, isto é, torna-se impossível, sob esse aspecto, comparar indivíduos, com setenta anos, da década de 50 e com a mesma idade na atual” (Boechat, 2021, p. 12). Assim, é fundamental, na contemporaneidade, distinguir idade cronológica de idade biológica, levando em consideração não apenas fatores científicos, mas também as concepções sociais e históricas que permeiam o processo de envelhecer. Nesse sentido, o Brasil revela sinais evidentes de que não está devidamente preparado para atender às demandas da população idosa.

Essa realidade impõe sérios desafios aos que envelhecem no país, sobretudo porque, embora a expectativa de vida venha aumentando de forma significativa nos últimos anos, as políticas públicas não têm acompanhado esse ritmo. Tal defasagem resulta em deficiências no atendimento à população mais madura, acarretando consequências graves. Conforme destacado por Carvalho (2019,

S/p), “O país tem por obrigação promover a valorização das pessoas mais velhas e garantir políticas para que a população envelheça com qualidade e de forma ativa. É necessário que a mente, o corpo e as relações sociais dessas pessoas estejam em atividades”.

A realidade da pessoa idosa no Brasil ainda demanda bastante atenção e cuidado, uma vez que muitos são vítimas de preconceito e violência praticados por familiares, cuidadores ou terceiros. Conforme destacam Almeida, Fernandes e Istoe (2018), trata-se de um fenômeno diretamente relacionado à vulnerabilidade dessa população, já que parte da sociedade ainda enxerga o idoso de forma discriminatória e excludente, sem reconhecê-lo como sujeito útil ou plenamente titular de direitos, à semelhança dos demais cidadãos.

Sob essa ótica, Carvalho (2019, s/p) ressalta que um dos maiores obstáculos “da pessoa que passa a ser considerada velha é ficar incapacitada dos seus afazeres diários, de passar da independência para a dependência e essa relação vem com o surgimento de doenças mais sérias principalmente”. É fato que o aumento “da população mais velha acompanhou também o aumento das doenças crônico-degenerativas, mudando o panorama das condições de saúde da população brasileira”.

Apesar da proteção conferida à pessoa idosa pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e pelo Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2003), na prática, muitas dessas medidas legais não são efetivamente aplicadas. O Estatuto do Idoso visa assegurar os direitos das pessoas com 60 anos ou mais, garantindo-lhes o pleno gozo de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, além de oferecer proteção e direitos especiais adaptados às necessidades dessa população. Contudo, apenas as legislações não são capazes de garantir à pessoa idosa uma vida digna, é necessário um conjunto de fatores que envolvem principalmente a sociedade e a sua maneira de pensar.

## **CAMINHOS PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO COM QUALIDADE DE VIDA**

Torna-se imprescindível desmistificar algumas crenças enraizadas na sociedade, pois com a crescente expectativa de vida em poucos anos os idosos serão a maior parte da população, “Os cidadãos brasileiros necessitam de consolidar e reconhecer a importância do idoso na história de crescimento e desenvolvimento do país” (Carneiro; Robles-Lessa; Cabral, 2020, p. 106). Contudo, também é fundamental estimular a pessoa idosa a desenvolver hábitos saudáveis para envelhecer com qualidade, o que implica a interação entre fatores internos e externos: tanto a capacidade de resiliência, adaptação e manejo das suas limitações, quanto a rede de apoio social, familiar e comunitário.

Depreende-se, pois, que envelhecer dessa forma não depende tão somente de escolhas individuais, pois inclui a implementação de políticas públicas efetivas, de práticas de cuidado integral e da valorização sociocultural da pessoa idosa, em consonância com uma visão ampliada de saúde e cidadania. Nessa diretriz, o médico Renato Bandeira de Mello ensina que, em relação à qualidade de vida para a terceira idade, é necessária não apenas “[...] a busca por hábitos saudáveis como atividade física, alimentação saudável”, mas também “manter a mente estimulada com novas atividades.

Outra questão associada à qualidade de vida na terceira idade são as relações sociais” (Peduzzi, 2019, s/p). Também fatores como o convívio familiar, as amizades e as relações profissionais desempenham papel essencial na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa. Assim, para além do corpo saudável, importa à pessoa idosa permanecer inserida em laços afetivos e sociais, sentir-se útil, viva e com a possibilidade de sonhar, pois, envelhecer bem significa viver com plenitude e dignidade, em um processo que conjuga escolhas pessoais, relações significativas e políticas públicas comprometidas com a valorização da pessoa idosa.

O artigo 3º do Estatuto da Pessoa Idosa ressalta a relevância da participação da família, atribuindo-lhe função primordial no cuidado e na proteção dessa população, em conjunto com a sociedade, a comunidade e o poder público. A Lei determina: “[...] assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (Brasil, Lei n.10.741 de 2003).

Assevera-se que não basta a força interior para lidar com desafios. Há outras condições indispensáveis para seguir a referida Lei: suporte do meio social, uma rede de cuidado afetuosa, o acesso a direitos básicos, espaços de convivência e oportunidades de participação social, dentre outras. Envelhecer bem não é apenas viver mais tempo, mas viver com plenitude, dignidade e reconhecimento do próprio valor para melhor superar as limitações impostas pela idade. Muitos idosos conseguem atravessar essas barreiras, levando uma vida saudável e ativa, e desempenhando papel significativo no seio familiar, na sociedade e na economia.

Observa-se que diversos fatores são determinantes para o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa. Afinal, o novo século trouxe uma renovação na vivência do envelhecimento, mesmo para aqueles em idade mais avançada. Assim, quando a parcela mais idosa da sociedade é capaz de ressignificar sua função, sua posição social e seu direito de viver com dignidade, ela precisa ser protegida e incentivada pela população ainda não envelhecida, pois suas experiências devem ser valorizadas como contributo para a sociedade.

Envelhecimento com qualidade de vida inclui direitos e interação social de modo ajustado às transformações típicas desse período da existência humana. Hoje, as novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TDICs) são um componente a acrescentar, de forma adaptada, à qualidade de vida do idoso contribuindo para as suas interações sociais. A propósito, a qualidade de vida vai além da saúde física, mental e psicológica.

Segundo a WHOQOL-100 – instrumento de avaliação da qualidade de vida global –, a qualidade de vida abrange seis domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Ou seja: é uma questão do cotidiano envolto nas atividades diárias, nas relações familiares, nas amizades, no amor e na liberdade de exercer a autonomia sobre a própria vida. Em conjunto tais condições significam ser feliz na maior parte do tempo.

Para alguns idosos, o uso das tecnologias, embora inicialmente possa representar um desafio, transforma-se em uma valiosa oportunidade para aproximar pessoas queridas que vivem distantes, tornando o idoso mais integrado, participativo e feliz. Essa participação nas interações sociais é essencial para manter o idoso ativo, fortalecendo a afetividade e preservando as relações que são indispensáveis à realização plena da dignidade da pessoa idosa. A tecnologia pode, efetivamente, desempenhar um papel fundamental na aproximação da pessoa idosa à sociedade e aos familiares.

Com o uso da internet e de seus recursos, abre-se um novo e vasto universo de possibilidades, promovendo maior independência e autonomia para todos, incluindo a pessoa idosa. Hoje, a classe envelhecida não apenas se integra aos grupos familiares, mas também se destaca nas redes sociais, tornando-se verdadeiros fenômenos online e alcançando êxito significativo na utilização dessas ferramentas, o que pode possibilitar uma vida digna. Assevera-se, pois, que a qualidade de vida na velhice inclui estar atualizado, ter a clareza de que se vivencia a etapa derradeira da própria existência, a qual deve ser vivenciada não com tristeza e medo das alterações fisiológicas naturais dessa fase e da finitude, mas com compreensão, gratidão e disposição para percorrer a complexidade dos novos desafios com novas experiências. Conforme Mendes (2020, p. 140),

[...] a pessoa idosa tem a potencialidade de avaliar a sua própria trajetória na construção de um envelhecimento ativo e integrado numa sociedade em

constante transformação, mas para tal, é imperativo que o indivíduo se assuma como parte do processo de envelhecimento, em que o resultado (produto) final será destacado pela sua ação no decurso normal do desenvolvimento humano.

Por conseguinte, a qualidade de vida no envelhecimento deve ser entendida como um processo multidimensional que ultrapassa aspectos clínicos e objetivos, uma vez que envolve enfoques subjetivos atrelados ao sentido da existência, às relações estabelecidas e ao reconhecimento social. Essa compreensão impele, naturalmente, ao discernimento do modo de se conduzir dignamente esse estágio, em um tempo que pode ser simbolicamente chamado de *domingo da vida*, quando se colhem os frutos das escolhas feitas e se redescobrem novos significados para o viver com vínculos de pertencimento, autonomia e autoestima.

### **COMO VIVER COM DIGNIDADE O DOMINGO DA VIDA**

O gerontologista Norberto Seródio Boechat propõe uma reflexão profunda sobre a vida a partir dos 80 anos, ressaltando a importância de valorizar cada etapa do envelhecimento, pois “A vida é tal qual uma celebração, o ritual é de aproveitamento, isto é, viver o dia é uma dádiva. Todos os mínimos detalhes adquirem maior significado” (Boechat, 2021, p. 25). O autor complementa que no último século está ocorrendo um aumento sem precedentes da expectativa de vida, proporcionando às pessoas a chegarem ao denominado *envelhecimento da velhice*, fato que gera para os que conseguem alcançar mais de 80 anos uma resignificação da vida e sabedoria decorrente da enorme experiência acumulada ao longo da existência.

Todo esse acervo empreendido concorre para o bem viver. Conforme pensamento socrático, semeia uma vida em plenitude e tem grandes chances de ser um caminho para o bem morrer, isto é, quando se colhe a morte com serenidade, pois a colheita de uma

morte serena está implicada na semeadura de uma vida plena e bem cumprida, por isso urge a necessidade de se educar para a vida e para a morte em todas as épocas da existência. Daí o final da vida ser conhecido poeticamente como *domingo da vida*.

Segundo Pessini *et al.* (2015, p. 145), a expressão é de autoria do cardeal Dom Aluísio Lorscheider, que aos oitenta e três anos proferiu uma palestra sobre *Envelhecer com sabedoria*, na qual deixou preciosas lições sobre envelhecer de forma digna e saudável: cuidar para não perder identidade, contemplação, silêncio, despojamento, oração e domínio próprio. Entretanto, lê-se o seguinte em Comenius (educador e filósofo que viveu entre os anos 1592 e 1670):

E assim como um jornaleiro, ao aproximar-se o pôr do Sol, se alegra com a esperança do repouso, assim como o operário, transcorridos os seis dias de trabalho, se sente contente com a chegada do Domingo, e assim como o pai de família, realizada a colheita, depois de ter colhido os últimos frutos da terra, se sente feliz; assim também tu, ó velho, debes tirar alegria do pôr do Sol iminente dos teus dias, do Domingo das tuas semanas, da colheita da tua vida. Com efeito, assim como cada cair da tarde, cada Domingo e cada Outono, que marcam o fim do trabalho diário, da semana e dos trabalhos anuais dos agricultores, são considerados festivos e devem ser terminados com louvores a Deus, assim deve acontecer também com o cair da tarde da vida, com o Domingo da Vida e com a colheita da vida (Comenius, 1971, p. 341. Grifo nosso).

Com esse autor se aprende que a aproximação da morte na velhice precisa ser encarada de modo construtivo, pedagógico, educativo e estético. Embora a expressão *domingo da vida* remeta simbolicamente ao final da existência, é fundamental que a pessoa idosa viva com alegria, bem-estar e saúde mental, preservando sua

dignidade. A dignidade é considerada como um conceito amplo e ao mesmo tempo subjetivo, capaz de abarcar valores como saúde, alimentação adequada, lazer, felicidade, compartilhamento de ideias, vida social e acesso a tecnologias, entre outros aspectos essenciais da vida humana.

Com efeito, “a velhice é o domingo da vida”, como explicam Lóss, Cabral e Souza (p. 52): “domingo tem despedida, mas tem seus encantos e é também o dia de reservar um tempo para Deus e para as coisas que importam na vida, como a solidariedade, uma visita, uma boa música, boa companhia, sabendo-se valorizar cada minuto desse momento sublime e único”. Interpreta-se neste capítulo o seguinte: domingo não é um dia qualquer como os demais da semana voltados ao trabalho, mas é o dia do descanso; e, sobretudo para os cristãos, o dia do Senhor.

O *domingo da vida* é, então, uma metáfora para representar o arremate da existência, o que se dá após um percurso de trabalho na linha do tempo. Eis que vem o domingo, o estágio da velhice, a fase dotada de mais tempo para Deus e para reflexões existenciais. Infere-se, portanto, que o final da vida deve ser vivido como um presente a ser desfrutado com intensidade e dignidade. Trata-se de uma dádiva para aqueles que alcançam o privilégio da longevidade e, ainda maior, para aqueles que reconhecem a importância da inserção do idoso na sociedade e compreendem que o envelhecimento é um prêmio e, dessa forma, contribuem com a pessoa idosa para vivenciar um envelhecimento digno, marcado pelo respeito, afeto e reconhecimento.

O *domingo da vida* é, pois, o momento propício para o descanso merecido de quem já lutou e agora colhe os frutos de uma trajetória permeada de desafios, aprendizagens e conquistas, porém vivenciada num ritmo desacelerado e seletivo, com prioridades antes irrelevantes, como contemplação, reestruturação de valores, predileção de memórias, releitura mais serena da própria história. Enfim, a expressão é entendida como a estação da plenitude, e não como, simplesmente, a do declínio biológico. Simbolicamente é um tempo dedicado à transmissão da sabedoria acumulada, ao fortalecimento

dos vínculos afetivos, à celebração de um entardecer glorioso e à busca de serenidade para amenizar o termo final.

Na vida real, entretanto, a muitos idosos não é dado o direito de usufruir o *domingo da vida*. Isso se dá quando a dignidade é melindrada pelo abandono e a celebração é substituída por marginalização e declínio. Sendo assim, urge que a sociedade como um todo reconheça a dignidade do envelhecimento a fim de que a plenitude do *domingo da vida* seja vivida, acolhida em suas vulnerabilidades derradeiras, porém não como um lance extremo, e sim como a preparação serena do legado a ser transmitido a novas gerações. Em suma, em vez da crueza do declínio, o envelhecimento é idealizado como novos modos de ser no entardecer de toda uma existência, como oportunidade de selar os últimos episódios com uma sabedoria silenciosa e com o espírito pacificador.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um fenômeno global, já que a longevidade tem se destacado como característica marcante do tempo presente. Com os avanços tecnológicos e a descoberta de novos tratamentos de saúde, a expectativa de vida da população tem crescido anualmente. No entanto, alguns países, como o Brasil, ainda não conseguem acompanhar essa realidade nem integrar plenamente a população idosa à sociedade, sendo necessário implementar políticas públicas capazes de garantir qualidade de vida a essas pessoas.

A existência digna da pessoa idosa é assegurada por lei, mas é fundamental que sua efetivação ocorra o mais rapidamente possível. A realidade exige que a sociedade e o Poder Público adotem medidas imediatas para garantir a autonomia e a qualidade de vida da pessoa idosa, especialmente na senilidade. Cada cidadão deve se conscientizar sobre a importância da pessoa idosa, reconhecendo sua contribuição para sociedade, seu legado, sua sabedoria e as ricas experiências que podem compartilhar. É essencial que haja respeito àqueles que trabalharam por tantos anos e que, agora, continuam a trilhar novos caminhos, reinventando-se, adaptando-se e redescobrimdo-se

para viver plenamente o domingão da vida, valorizando cada existência única e os traços que tornam cada pessoa singular.

A beleza da expressão *domingão da vida* costura uma dimensão dupla: longevidade e qualidade de vida. Não basta apenas existir; é preciso que, mesmo em idade avançada, a pessoa viva de forma feliz e ativa, mantendo relações harmoniosas com família e amigos. O envelhecimento, nessa perspectiva metafórica, é a etapa em que a vida deve ser abraçada como colheita de afetos, memórias e sabedoria, vivenciada com mansidão. Na verdade, o ideal é concordar com Comenius (1971) quando diz que “Nascer bem, viver bem e morrer bem são os três pontos principais da felicidade humana. Mas de tal modo que do primeiro depende o segundo, e do segundo, o terceiro”.

## REFERÊNCIAS

AMATRIAIN, Roberto Cataldi. **Introducción a la bioética del siglo XXI**. Buenos Aires: Hygea, 2017.

ALMEIDA, Luiz Cláudio Carvalho de; FERNANDES, Fernanda Gonçalves; ISTOE, Rosalee Santos Crespo. O perfil da violência contra pessoa idosa: uma análise a partir das representações recebidas pela Ouvidoria Geral do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. *In*: ISTOE, Rosalee Santos Crespo; MANHÃES, Fernanda Castro; SOUZA, Carlos Henrique Medeiros de. **Envelhecimento humano em processo**. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2018.

BOECHAT, Norberto Seródio. **Setenta anos, comemoração**. Niterói: Parthenon Centro de Arte e Cultura, 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [S. l.], 3 out. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017**. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [S. l.], 13 jul. 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113466.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113466.htm). Acesso em: 12 jul. 2025.

CARNEIRO, Suellen Freitas Lessa; ROBLES-LESSA, Moyana Mariano; CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. A dignidade do idoso e a gerontofobia. **Derecho y Cambio Social**, n. 60, p. 100-121, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://lnx.derechoycambiosocial.com/ojs-3.1.1-4/index.php/derechoycambiosocial/article/view/346/197>. Acesso em: 15 jul. 2025.

CARVALHO, Dilma Maria de. Os desafios de envelhecer no Brasil. **Portal do Envelhecimento**, [s.l.], p. 1-2, 16 jan. 2019. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/os-desafios-de-envelhecer-no-brasil/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

COMENIUS, Jam Amus. **Pampaedia**: educação universal. Coimbra: Casa do Castelo, 1971.

GONÇALVES NETO, Ari; TEIXEIRA, Fábio Luiz Fully; CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. Dignidade, Saúde e longevidade na perspectiva dos novos direitos. *In*: ISTOE, Rosalee Santos Crespo; MANHÃES, Fernanda Castro; SOUZA, Carlos Henrique Medeiros de. **Envelhecimento humano em processo**. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2018.

LÓSS, Juliana da Conceição Sampaio; CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; DE SOUZA, Carlos Henrique Medeiros. A morte e o morrer com dignidade: uma inovadora forma de adeus. *In*: ISTOE, Rosalee Santos Crespo; MANHÃES, Fernanda Castro; SOUZA, Carlos Henrique Medeiros. (Orgs.). **Envelhecimento humano, inovação e criatividade**: diálogos interdisciplinares. Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2020.

MENDES, José. Envelhecimento (s), qualidade de vida e bem-estar. **A psicologia em suas diversas áreas de atuação**, v. 3, n. 1, p. 132-144, 2020.

PEDUZZI, Pedro. Dia do Idoso: envelhecer com qualidade de vida é possível. **Agência Brasil**, [S. l.], 1 out. 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-09/dia-do-idoso-envelhecer-com-qualidade-de-vida-e-possivel>. Acesso em: 13 jul. 2025.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; HOSSNE, William S. **Bioética em tempos de globalização**. São Paulo: Loyola, 2015.



# **DESAFIOS E LIMITAÇÕES AO ACESSO E PERMANÊNCIA DE IDOSOS NO SISTEMA EDUCACIONAL BRASILEIRO**

*Lidiane Silva Torres*<sup>6</sup>

*Elizabeth da Conceição Carvalho Nunes*<sup>7</sup>

*Rosalee Santos Crespo Istoe*<sup>8</sup>

## **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

O Brasil envelhece rapidamente e esse envelhecimento tem provocado uma série de transformações sociais, econômicas e educacionais (Alves, 2019). O número de pessoas com 60 anos ou mais vem crescendo ano após ano e com ele aumenta também a necessidade de garantir o acesso a direitos básicos que historicamente foram negados a grande parte da população idosa. A educação, neste contexto, é um direito formal. Ela representa uma possibilidade concreta de autonomia e equidade (Sampaio; Hizim, 2022; Soares; Giovanetti; Gomes, 2020).

Ainda hoje, milhares de idosos brasileiros convivem com o analfabetismo (Silva; Ferreira; Boeing, 2020). Muitos não conseguiram frequentar a escola na infância por causa da pobreza, do trabalho precoce ou da desigualdade estrutural. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2019 mostrou que 6,8% da população

---

6 Assistente Social. Doutoranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Mestre em Cognição e Linguagem (Uenf). Atua no Programa da Terceira Idade da Uenf, com experiência em Serviço Social da Saúde. E-mail: lidiholly@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8310471731226456>.

7 Mestranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Graduada em Engenharia de Produção. E-mail: [eliza.c.c.nunes@gmail.com](mailto:eliza.c.c.nunes@gmail.com). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0941859620556378>.

8 Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ. Professora no Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense. E-mail: [rosaleeistoe@gmail.com](mailto:rosaleeistoe@gmail.com). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4620607106742429>.

brasileira era analfabeta naquele ano, sendo que a maior parte desses números está entre os mais velhos. O dado revela que o direito à educação não foi garantido de forma equitativa no passado e que, para os idosos, o retorno à escola muitas vezes é a primeira chance de aprender a ler, escrever ou compreender plenamente o mundo ao redor (IBGE, 2019).

A Educação de Jovens e Adultos (EJA) é hoje o principal caminho de retorno ao sistema escolar para esse público (Reichardt; Silva, 2020). No entanto, apesar de prevista na Constituição e em outros marcos legais, a EJA ainda não responde de maneira eficaz às necessidades da população idosa. Falta estrutura, formação docente e políticas públicas que realmente considerem as particularidades desse grupo (Silva; Ferreira; Boeing, 2020; Soares, 2020). Como aponta Paiva, Haddad e Soares (2019), é preciso superar a lógica de que a educação para idosos tem apenas um papel compensatório. O idoso não volta à escola para preencher uma lacuna, mas para ressignificar sua história, afirmar sua dignidade e conquistar novos espaços de cidadania (Almeida *et al.*, 2024).

Nesse sentido, este capítulo propõe refletir sobre os principais desafios e limitações que dificultam o acesso e a permanência de idosos no sistema educacional brasileiro. A partir da análise de pesquisas recentes e da escuta das vozes que atuam diretamente na EJA, buscamos compreender o que impede, o que fortalece e o que pode ser transformado em favor de uma educação que acolha e respeite todas as idades.

## **O DIREITO À EDUCAÇÃO NA VELHICE**

O direito à educação é garantido pela Constituição Federal como um princípio inalienável, e isso inclui todas as fases da vida, inclusive a velhice (Oliveira; Hessel; Pesce, 2020; Ranieri; Alves, 2018). Para muitos idosos brasileiros esse direito só é alcançado tardiamente, após

uma vida marcada por desigualdades sociais, trabalho na juventude e exclusão dos espaços formais de ensino (Miguel; Bersi, 2023).

A EJA, então, surge como principal política pública voltada à inserção escolar de pessoas idosas, permitindo o acesso ao conhecimento, ao convívio social e à construção da cidadania de maneira mais ativa e significativa (Freire, 2003). Ao aprenderem a ler e escrever, muitos idosos passam a compreender melhor o mundo ao seu redor, ganham autonomia no dia a dia e se sentem mais integrados à família e à comunidade (Santos, 2021).

A chegada do idoso à escola, no entanto, não é isenta de desafios (Dos Santos *et al.*, 2025). Muitos enfrentam insegurança, baixa autoestima, dificuldades cognitivas e limitações físicas, além de preconceitos por parte de colegas e até mesmo de educadores despreparados para lidar com a diversidade geracional (Dos Santos *et al.*, 2025; Yamin; Gaviraghi, 2023). Os currículos muitas vezes são padronizados e pouco dialogam com as experiências e necessidades concretas dessa população, o que lhe dificulta a permanência e a aprendizagem.

Ainda assim, quando acolhidos de forma respeitosa, os idosos constroem um vínculo afetivo com a escola e revelam alto grau de comprometimento com a aprendizagem. Muitos relatam que a ida à escola contribuiu para fortalecer sua autoestima, reduzir a solidão e renovar sua esperança de vida (Silva; Lacerda; Santos, 2021). O processo educativo, nesses casos, vai muito além do conteúdo formal. Ele transforma e promove a inclusão social.

Além dos ganhos individuais, a educação para a população idosa também representa um avanço coletivo. Ela favorece o diálogo intergeracional, fortalece o vínculo comunitário e amplia o reconhecimento do idoso como sujeito de direitos e portador de saberes próprios (Villas-Boas *et al.*, 2016). Por isso, é fundamental que as políticas educacionais e os projetos pedagógicos assumam de forma clara o compromisso com a inclusão dessa parcela da população (Dos Santos *et al.*, 2025).

Em vista disso, promover a educação na velhice é mais do que abrir turmas: é criar ambientes de escuta, de cuidado, de respeito à história de vida e ao tempo de cada um. Como nos lembra Freire (1996), educar é sempre um ato político e humanizador, e isso vale para qualquer idade. Ao assegurar que idosos possam aprender com dignidade, o sistema educacional brasileiro dá um passo em direção à equidade, à justiça social e à valorização da memória viva de seu povo.

### **DESAFIOS E OBSTÁCULOS PARA A PERMANÊNCIA DE IDOSOS NA ESCOLA**

A presença de pessoas idosas na escola, embora crescente, ainda é marcada por diversos entraves que comprometem sua permanência e seu pleno desenvolvimento no ambiente educacional. Esses desafios são multifatoriais e envolvem aspectos pedagógicos, físicos, emocionais, familiares e institucionais (Silva; Lacerda; Santos, 2021; Villas-Boas *et al.*, 2016). Entre as barreiras mais frequentes está a inadequação das metodologias de ensino às necessidades e aos ritmos dos alunos idosos (Sanceverino; Ribeiro; Laffin, 2020).

Muitos professores da EJA não receberam formação específica para lidar com essa faixa etária, o que compromete a qualidade das estratégias pedagógicas e reduz a motivação dos estudantes mais velhos (Dantas, 2019). O conteúdo das aulas, muitas vezes voltado ao público jovem, não dialoga com as vivências, histórias e expectativas dos idosos, tornando a aprendizagem pouco significativa para esse grupo (Ventura, 2012).

Além disso, os idosos costumam relatar dificuldades relacionadas à saúde, como problemas de visão, audição, locomoção e memória que podem afetar seu desempenho e gerar insegurança em sala de aula. O medo de errar, de ser ridicularizado ou de não acompanhar os colegas mais jovens contribui para o abandono escolar precoce (Ventura; Bomfim, 2015). Essas dificuldades, se não forem acolhidas

com sensibilidade pelo educador, se transformam em motivos de evasão silenciosa e dolorosa (Freire, 2003).

O contexto familiar também pode funcionar como fator de desestímulo. Em muitas situações, o próprio núcleo doméstico não valoriza o retorno dos idosos à escola, considerando-o desnecessário ou até mesmo uma perda de tempo (Silva; Lacerda; Kohls, 2021). Esse julgamento, somado às tarefas cotidianas de cuidado ou mesmo trabalho informal, compromete o tempo e a energia que o idoso poderia dedicar ao processo educativo (Ventura, 2012).

Do ponto de vista institucional, são raras as escolas que apresentam adaptações estruturais ou materiais didáticos pensados para o público idoso. A ausência de políticas educacionais específicas e de investimentos públicos voltados à permanência dessa população nas salas de aula revela o quanto o envelhecimento ainda é invisibilizado nos projetos educacionais do país (Villas-Boas *et al.*, 2016; Mesquita; Lacerda; Santos, 2021). Em geral, os idosos são incluídos como exceção, em uma estrutura que os acolhe mais por força legal do que por uma real compreensão de suas potencialidades e necessidades (Silva; Lacerda; Santos, 2021).

O uso de tecnologias educacionais também é um fator de desafio (Almeida *et al.*, 2024). Embora o letramento digital possa ampliar as possibilidades de comunicação e acesso à informação, ele também pode representar mais uma barreira para os idosos que nunca tiveram contato com computadores, aplicativos ou plataformas virtuais. A dificuldade com o uso desses recursos pode gerar frustração e sensação de incompetência, agravando o sentimento de exclusão (Yamin; Gaviraghi, 2023).

Apesar desses obstáculos, a permanência do idoso na escola é possível e necessária. Quando acolhidos com respeito, escuta e propostas pedagógicas adequadas, os idosos se sentem valorizados e se tornam protagonistas do processo educativo. O sucesso dessa permanência está diretamente relacionado à sensibilidade do educador, à construção de vínculos afetivos e à valorização dos saberes que cada aluno traz consigo (Freire, 1996).

Avançar nesse campo exige o fortalecimento de políticas públicas comprometidas com a educação ao longo da vida. Isso implica ampliar o olhar das instituições educacionais, investir na formação de professores, adequar espaços físicos e currículos, além de criar estratégias de apoio psicológico e social aos alunos idosos. Permanecer na escola, para eles, é mais do que aprender a ler. É reaprender a existir com dignidade e ser reconhecido como cidadão pleno de direitos.

### **A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO AFETIVO E DA VALORIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA NO PROCESSO EDUCATIVO**

O ingresso e a permanência de idosos no espaço escolar não dependem apenas de políticas públicas e estrutura física. O que muitas vezes determina o sucesso ou o fracasso da trajetória educacional na velhice é a qualidade das relações estabelecidas no cotidiano da escola. O vínculo afetivo entre educador e educando se revela, nesse contexto, como um elemento central para o desenvolvimento de um processo pedagógico significativo (Freire, 1996).

Na EJA, os estudantes idosos carregam consigo histórias marcadas por interrupções, silenciamentos e experiências duras de exclusão (Silva; Lacerda; Santos, 2021). Ao entrarem em sala de aula, trazem o desejo de aprender, mas também medos, inseguranças e dúvidas sobre seu lugar naquele espaço. É nesse ponto que o acolhimento afetivo se torna fundamental. Quando o educador demonstra sensibilidade, respeito e interesse genuíno pela trajetória do aluno idoso, cria-se um ambiente de confiança mútua que favorece a aprendizagem (Dantas, 2019; Parente *et al.*, 2023).

Freire (2003) enfatizava que ninguém educa ninguém sozinho. É na relação dialógica que o conhecimento se constrói. E, com os idosos, essa máxima ganha ainda mais força, pois são pessoas que trazem uma bagagem cultural rica, moldada por décadas de vivência, trabalho, luta e resistência. Efetivamente, a valorização dessas experiências

não apenas enriquece o conteúdo das aulas, como também fortalece a autoestima dos alunos mais velhos, que passam a se reconhecer como sujeitos competentes e produtores de conhecimento.

A construção de vínculos afetivos também contribui para a redução do abandono escolar. Quando o idoso percebe que é tratado com empatia e que sua presença tem valor para o grupo, ele encontra mais razões para permanecer na escola, mesmo diante das dificuldades cognitivas, físicas ou sociais que possam surgir (Silva; Lacerda; Santos, 2021). Em ambientes escolares onde há abertura para o diálogo intergeracional, as trocas de saberes entre jovens e idosos se intensificam, promovendo o respeito mútuo e a ampliação dos horizontes culturais de todos os envolvidos (Miguel; Bersi, 2023).

Além disso, o fortalecimento dos laços dentro da escola impacta diretamente na saúde mental e no bem-estar subjetivo do idoso. Participar de um espaço onde se sente aceito, útil e escutado contribui para a redução da solidão, para a prevenção de quadros depressivos e para o fortalecimento da identidade pessoal e coletiva. Portanto, considerar o afeto e a valorização da experiência como eixos estruturantes da prática pedagógica com idosos não é um detalhe secundário. É uma condição indispensável para que a escola se torne, de fato, um lugar de formação integral, onde o saber não se impõe, mas se constrói coletivamente, a partir do reconhecimento da dignidade de cada história.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presença de idosos no sistema educacional brasileiro representa mais do que o acesso à escolarização. Ela simboliza o reencontro com direitos historicamente negados e a possibilidade de construção de novos sentidos para a vida na velhice.

Ao longo do capítulo foram discutidos os principais desafios enfrentados por essa população, desde o ingresso nas turmas até a permanência em ambientes nem sempre preparados para acolher suas

necessidades específicas. Depreendeu-se, pois, que a escolarização do idoso não depende só de políticas públicas, mas de um conjunto de condições estruturais pedagógicas e afetivas que favoreçam a continuidade do aprendizado. Quando há respeito, escuta e valorização da experiência de vida o ambiente escolar se transforma em espaço de pertencimento, fortalecimento da autoestima e reconstrução da cidadania.

Em suma, promover a inclusão educacional na velhice exige olhar atento, compromisso com a diversidade e superação de práticas que ainda marginalizam esse sujeito. Garantir esse direito é reconhecer que o aprender acompanha o ser humano em todas as fases da vida e que nunca é tarde para recomeçar.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Adriana; CARREIRO, Heloisa Josiele Santos; CORAL, Nádia Souza de Araújo; ABREU, Tatiane Oliveira Santos Pereira. A Educação de Jovens e Adultos, a formação de leitores e dimensões interativas com as tecnologias. **New Trends in Qualitative Research**, v. 20, n. 1, p. e807-e807, 2024.

ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. **Revista Longeviver**, 2019.

DANTAS, Tânia Regina. A formação de professores em EJA na perspectiva da inclusão social. **Educação, Ciência e Cultura**, v. 24, n. 1, p. 29-39, 2019.

DOS SANTOS, Antonio Nacílio Sousa; FELIPPE, José Neto de Oliveira; FONSECA, Edimar Fonseca da; NEVES, Carlos Rigor; SANTI, Wanderson da Silva; TOLEDO, Marcelo Pentead de; BATISTA, Wagner Roberto; SILVA, Joner Ney Vieira da; GUIMARÃES, Danilo Araujo; PRADO, Márcia Renata Ferreira; OLIVEIRA, Gilson de Sousa; SILVA, Alexandre Nascimento da; DORNELAS, Euzebio da Silva; BATISTA, Marciana Almeida; SOARES, Paulo José Teixeira; ALVES, Francisco Cosme. A educação de jovens e adultos (EJA) no Brasil – desafios e perspectivas no currículo e metodologias à luz da LDB. **Aracê**, v. 7, n. 4, p. 19559-19588, 2025.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 36. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: 4º trimestre de 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>

gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17270-pnad-continua.html. Acesso em: 10 jun. 2025.

MIGUEL, José Carlos; BERSI, Rodrigo Martins. **Educação de jovens, adultos e idosos: marcos conceituais, práticas e políticas**. Marília-SP: Oficina Universitária, 2023.

OLIVEIRA, Werley Carlos; HESSEL, Ana Maria Di Grado; PESCE, Lucila. Envelhecimento e inclusão digital: autonomia e empoderamento à luz da pedagogia crítica freireana. **Revista Prâksis**, v. 3, p. 85-101, 2020.

PAIVA, Jane; HADDAD, Sérgio; SOARES, Leôncio José Gomes. Pesquisa em educação de jovens e adultos: memórias e ações na constituição do direito à educação para todos. **Revista brasileira de educação**, v. 24, p. e240050, 2019.

PARENTE, Lucas Pessoa et al. Inclusão digital e seus benefícios para os idosos. **Revista Kairós**, v. 26, n. 33, p. 1, 2023.

RANIERI, Nina Beatriz Stocco; ALVES, Angela Limongi Alvarenga. Direito à educação e direitos na educação. **São Paulo: Cátedra UNESCO de Direito à Educação-USP**, 2018.

REICHARDT, Mirian; SILVA, Caroline. A importância da Educação de Jovens e Adultos (EJA). **Caderno Intersaberes**, v. 9, n. 23, 2020.

SAMPAIO, Carlos Eduardo Moreno; HIZIM, Luciano Abrão. A educação de jovens e adultos e sua imbricação com o ensino regular. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 103, p. 271-298, 2022.

SANCEVERINO, Adriana Regina; RIBEIRO, Ivanir; LAFFIN, Maria Hermínia Lage Fernandes. Estado do conhecimento das pesquisas sobre aprendizagem de pessoas jovens e adultas no campo da EJA. **Perspectiva**, v. 38, n. 1, p. 1-24, 2020.

SANTOS, José Alex Trajano. A alfabetização de jovens, adultos e idosos como prática libertadora em uma perspectiva de reinserção social. **Revista Cogitare**, v. 4, n. 1, p. 1-10, 2021.

SILVA, Maria Cristina Mesquita; LACERDA, Luanna; SANTOS, Pricila Kohs. A educação de jovens e adultos (EJA) em tempos de isolamento social: desafios e limitações sob a ótica dos professores. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 55, p. 116-131, 2021.

SILVA, Sandra Cristina Vanzuita; FERREIRA, Valéria Silva; BOEING, Rosiani Fabricia Ribeiro. As políticas de combate ao analfabetismo no Brasil: continuidades e descontinuidades. **Horizontes**, v. 38, n. 1, p. e020057-e020057, 2020.

SOARES, Leôncio. **Educação de jovens e adultos**: o que revelam as pesquisas. Belo Horizonte-MG: Autêntica, 2020.

SOARES, Leôncio; GIOVANETTI, Maria Amélia; GOMES, Nilma Lino. **Diálogos na educação de jovens e adultos**. Belo Horizonte-MG: Autêntica, 2020.

VENTURA, Jaqueline. A EJA e os desafios da formação docente nas licenciaturas. **Revista da FAEEBA: educação e contemporaneidade**, v. 21, n. 37, p. 71-82, 2012.

VENTURA, Jaqueline; BOMFIM, Maria Inês. Formação de professores e educação de jovens e adultos: o formal e o real nas licenciaturas. **Educação em revista**, v. 31, p. 211-227, 2015.

VILLAS-BOAS, Susana; OLIVEIRA, Albertina Lima; RAMOS, Natália; MONTERO, Inmaculada. A educação intergeracional no quadro da educação ao longo da vida-Desafios intergeracionais, sociais e pedagógicos. **Investigar em Educação**, v. 2, n. 5, 2016.

YAMIN, Estêvão; GAVIRAGHI, Fabio Jardel. Questão social, brecha digital e tecnologia: expressões de desigualdade na sociedade da informação. **Serviço Social & Sociedade**, v. 146, n. 3, p. e6628318, 2023.

# **PESSOA IDOSA E MERCADO DE TRABALHO: DESAFIOS E DESIGUALDADES DO SÉCULO XXI**

*Moyana Mariano Robles-Lessa<sup>9</sup>*

*Carlos Henrique Medeiros de Souza<sup>10</sup>*

## **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

A contemporaneidade apresenta uma nova configuração etária social. Se antes, o Brasil era conhecido popularmente como “o país dos jovens”, com o aumento da longevidade humana – que se dá diante da diminuição da taxa de natalidade e da taxa de mortalidade, a nação brasileira vem sendo composta cada vez mais por pessoas idosas. O envelhecimento da população – um fenômeno global, deveria ser percebido como uma conquista social. Porém, nem sempre é visto dessa forma.

Em 2023a, a Organização das Nações Unidas (ONU), declarou que havia mais idosos do que jovens na população global. Nesse novo contexto, e voltando a atenção para o mercado de trabalho, que é objeto de estudo deste capítulo, a inserção e permanência da pessoa idosa nas atividades laborais deveria ser algo habitual. Entretanto, os tópicos a seguir, abordam desafios e desigualdades que marcam a presença da pessoa idosa no mercado de trabalho contemporâneo, apontando casos de etarismo e exclusão social.

Assim, apresenta-se como objetivo deste capítulo investigar a inserção e permanência da pessoa idosa no mercado de trabalho

---

9 Doutoranda em Cognição e Linguagem pela Uenf. Mestra em Cognição e Linguagem pela Uenf. Licenciada em Letras Português/Literatura. Graduada em Direito. Pós-graduada em Direito Tributário. Professora na rede pública municipal. Advogada. E-mail: moyanarobles@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3317817615347615>.

10 Pós-doutor em Sociologia Política pela Uenf. Doutor em Comunicação e Cultura pela UFRJ. Docente do Programa de Cognição e Linguagem da Uenf. E-mail: chmsouza@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5410403216989073>.

contemporâneo, observando os óbices que perpassam esse tema. Para tal propósito, este capítulo se vale de metodologia qualitativa, descritiva e bibliográfica, mediante revisão de literatura sistemática e análise de doutrinas e legislações referentes ao tema proposto.

## **ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL E NO MUNDO**

O envelhecimento populacional nos séculos XX e XXI é uma das mais significativas transformações contemporâneas. Se anteriormente a população mundial era formada expressivamente por jovens, a sociedade moderna vem sendo constituída por uma nova composição etária. De acordo com as Projeções de População do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) baseadas em dados de censos demográficos, pesquisas domiciliares e registros de nascimentos e óbitos, entre os anos 2000 e 2023, a proporção de pessoas idosas no Brasil praticamente duplicou, “subindo de 8,7% para 15,6%. Em números absolutos, o total de idosos passou de 15,2 milhões para 33,0 milhões, no período” (Agência Gov., 2024, s/p).

Constata-se, então, que a sociedade brasileira contemporânea está diante de uma nova organização societária, composta crescentemente por cidadãos longevos. No Brasil, de acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa, Lei N° 10.741, de 1° de outubro de 2003, mais precisamente em seu artigo inaugural, é considerado pessoa idosa, aquele(a) “com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (Brasil, 2003b, s/p).

Ainda de acordo com o site governamental, “em 2070, cerca de 37,8% dos habitantes do país serão idosos, o que corresponderá a 75,3 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade” (Agência Gov., 2024, s/p). Outro indício que torna compreensível a transformação do padrão etário brasileiro, “é a idade média da população, que era de 28,3 anos em 2000 e subiu para 35,5 anos em 2023. Para 2070, a idade média projetada da população brasileira é 48,4 anos” (Agência Gov., 2024, s/p).

Robles-Lessa, Cabral, Souza (2022, p. 105) destacam que “a atualidade vem apresentando visível e estatisticamente uma reconfiguração da faixa etária populacional mundial. Se antes havia o crescimento da população jovem, agora, tem-se o aumento expressivo dos idosos”. Para os autores, inserir a pessoa idosa em uma sociedade extremamente mutável como a atual, “torna-se cada vez mais desafiador. Sentimentos de angústia e incerteza, que são características do envelhecimento humano, tornam-se mais acentuados nesta sociedade de individualismo e de transformações velozes e cotidianas” (Robles-Lessa; Cabral; Souza, 2022, p. 105).

Diante da efetivação da longevidade, pode-se esperar uma alteração considerável na forma da pirâmide etária brasileira. De acordo com Izabel Marri – gerente de estudos e análises da dinâmica demográfica do IBGE – “ao longo do tempo a base da pirâmide etária foi se estreitando devido à redução da fecundidade e dos nascimentos que ocorrem no Brasil” (IBGE, 2023, s/p). Marri ainda traz a seguinte análise:

Essa mudança no formato da pirâmide etária passa a ser visível a partir dos anos 1990 e a pirâmide etária do Brasil perde, claramente, seu formato piramidal a partir de 2000. O que se observa ao longo dos anos, é redução da população jovem, com aumento da população em idade adulta e também do topo da pirâmide até 2022 (IBGE, 2023, s/p).

Conforme o Censo Demográfico de 2022, o Brasil na década de 80 tinha “4,0% da população com 65 anos ou mais de idade. Os 10,9% alcançados em 2022 por essa parcela da população representa o maior percentual encontrado nos Censos Demográficos” (IBGE, 2023, s/p). Na outra extremidade da pirâmide etária, “o percentual de crianças de até 14 anos de idade, que era de 38,2% em 1980, passou a 19,8% em 2022” (IBGE, 2023, s/p). Com base nos dados apurados pelo IBGE no ano de 2022, Marri esclarece que “quando falamos de envelhecimento

populacional, é exatamente a redução da proporção da população mais jovem em detrimento do aumento da população mais velha” (IBGE, 2023, s/p).

O sociólogo e pesquisador aposentado do IBGE, José Eustáquio Diniz Alves, elucida que

Durante 470 anos, de 1500 a 1970, o Brasil teve uma estrutura etária muito jovem, com a base da pirâmide populacional bem larga e um topo bastante estreito. Todavia, essa realidade começou a mudar com o avanço da transição demográfica. A queda das taxas de mortalidade e natalidade fizeram com que a distribuição de sexo e idade se alterasse ao longo das últimas décadas. Em um primeiro momento, houve redução da base e crescimento do meio da pirâmide, aumentando a proporção de pessoas em idade economicamente ativa. Com a continuidade das transformações demográficas, o topo da pirâmide se avoluma e a proporção de idosos aumenta, ultrapassando o peso da proporção de crianças e adolescentes (0-14 anos), e o envelhecimento populacional passa a ser uma das principais características do novo padrão etário (Alves, 2022, p. 56).

O IBGE (2023, s/p) comprova através de dados que houve um crescimento expressivo no índice de envelhecimento populacional brasileiro, traçando um paralelo compreendido entre os anos de 2010 e 2022:

O índice de envelhecimento é calculado pela razão entre o grupo de pessoas de 65 anos ou mais de idade em relação à população de 0 a 14 anos. Portanto, quanto maior o valor do indicador, mais envelhecida é a população. No Brasil, esse índice chegou a 55,2 em 2022, indicando que há 55,2 pessoas com 65 anos

ou mais de idade para cada 100 crianças de 0 a 14 anos. Em 2010, o índice de envelhecimento era menor, correspondendo a 30,7 (IBGE, 2023, s/p).

Comprovadamente, a sociedade brasileira está diante de uma nova composição etária e, conseqüentemente, frente a uma nova representação gráfica da pirâmide etária. Nas décadas de 80 e 90 no Brasil era comum associar o país a “um país de jovens”, com uma pirâmide etária composta por uma base ampla que comunicava uma significativa parcela populacional jovem. Entretanto, no final do século XX, iniciou-se o envelhecimento populacional, com aumento da expectativa de vida.

Segundo o Relatório Social Mundial de 2023 da ONU, “o número de pessoas com 65 anos ou mais no mundo deve dobrar, passando de 761 milhões em 2021 para 1,6 bilhão em 2050” (ONU, 2023a, s/p). A ONU ainda constata que “o maior crescimento é observado na faixa etária acima dos 80 anos” (ONU, 2023a, s/p). E em relação à faixa etária compreendida entre 55 e 64 anos, “devem aumentar dos 723 milhões de 2021 para 1,075 bilhão em 2050. No fim deste século, o número poderá alcançar 1,2 bilhão” (ONU, 2023a, s/p).

De acordo com os estudos demográficos de Alves (2024), o grupo etário que aumentará significativamente durante todo o século XXI, é o de 60 anos de idade e acima. Segundo o autor, esse grupo “tinha apenas 195 milhões de idosos em 1950, passou para 600 milhões de idosos no ano 2000, chegou a 1 bilhão de pessoas em 2018, deve alcançar 2 bilhões de pessoas em 2048 e está projetado para chegar a 3 bilhões de idosos em 2100” (Alves, 2024, s/p). Alves assim complementa:

Pelas projeções da Divisão de População da ONU, a população total do mundo deve crescer 4,1 vezes entre 1950 e 2100, o grupo etário 0-14 anos deve crescer 2 vezes nos 150 anos em questão, a população de 15 a 59 anos deve crescer 3,9 vezes e a população de idosos de

60 anos e mais de idade deve crescer impressionantes 15,4 vezes no período (Alves, 2024, s/p).

Diante de uma base de dados sólida, é possível afirmar que a longevidade humana é fato comprovado tanto no âmbito mundial, como em solo brasileiro. O aumento significativo da população de pessoas idosas é um marco global, e com ele é necessária responsabilidade social, para que a pessoa idosa tenha assegurado seus direitos e deveres sociais, exercendo seu direito pleno à cidadania, incluindo-se nesse exercício o direito de acesso e permanência no mercado de trabalho e a convivência social sem o peso da discriminação e preconceito em relação à idade – pontos que são abordados nos próximos tópicos.

## **LONGEVIDADE HUMANA E MERCADO DE TRABALHO**

O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), em seu artigo 3º, tem como um de seus fundamentos a proteção aos direitos da pessoa idosa com ampla e total preferência, instituindo a efetivação desses direitos como responsabilidade compartilhada entre família, comunidade, sociedade e Estado – como forma de aplicação do princípio da solidariedade, em mútua cooperação e de modo corresponsável. Entre eles, está o direito ao trabalho:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003, s/p).

Há no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) um capítulo destinado à profissionalização e ao trabalho – Capítulo VI. O artigo 26 assegura que “a pessoa idosa tem direito ao exercício de atividade

profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas” (Brasil, 2003, s/p). Esse artigo garante à pessoa idosa o exercício da cidadania através da atividade profissional, respeitando os óbices próprios dessa faixa etária. É, portanto, um importante dispositivo jurídico de proteção ao direito da pessoa idosa de acessar e permanecer no mercado de trabalho se assim o desejar, garantido o exercício da atividade profissional com autonomia e dignidade.

O artigo 27 da supracitada Lei dispõe que, “na admissão da pessoa idosa em qualquer trabalho ou emprego, são vedadas a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir” (Brasil, 2003, s/p). Essa cláusula é de suma importância, pois busca impedir a exclusão da pessoa de atuar no mercado de trabalho em razão da idade.

Constata-se que as normas para proteção do direito da pessoa idosa acessar e permanecer no mercado de trabalho são consistentes e visam promover a inclusão no âmbito das atividades profissionais. Entretanto, uma das grandes dificuldades no Brasil é efetivar, na prática, o que garantem as leis. E, ao se tratar da pessoa idosa, tal efetivação acaba esbarrando em diversos óbices que perpassam por âmbitos culturais, sociais e econômicos.

Há, em solo brasileiro, um (mau) costume social de desvalorização e discriminação do indivíduo ao envelhecer, que se inicia bem antes da pessoa completar os 60 anos de idade; e as redes sociais digitais são propagadoras expressivas da cultura de valorização da beleza, perfeição e juventude. É comum na contemporaneidade a promoção do “envelhecimento saudável” associada à juventude prolongada, ao invés de incentivar a autonomia e a participação social ativa da pessoa que envelhece.

Há vinte anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs através do documento “Envelhecimento Saudável – Uma Política de Saúde”, a realização de ações que proporcionem um envelhecimento saudável e ativo (OMS, 2005, p. 4). Nesse documento, a OMS destaca os pilares básicos que a estrutura política destinada ao envelhecimento

humano deve conter. Entre eles estão: a saúde, a participação, a segurança, e a educação e oportunidade de aprendizado ao longo da vida (OMS, 2005, p. 45-51).

Especificamente, este tópico tem interesse no pilar “participação”, pois ele destaca e direciona a respeito da importância de a pessoa idosa participar ativamente do mercado de trabalho. Segundo a OMS, a proposta da política de participação da pessoa idosa ocorre

Quando o mercado de trabalho, o emprego, a educação, as políticas sociais e de saúde e os programas apoiam a participação integral em atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, conforme seus direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências, os indivíduos continuam a contribuir para a sociedade com atividades remuneradas e não remuneradas enquanto envelhecem (OMS, 2005, p. 46).

Quanto ao pilar “participação”, um de seus objetivos é “reconhecer e permitir a participação ativa de pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho formal e informal e atividades voluntárias, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidades” (OMS, 2005, p. 51). O documento pontua que a participação e inclusão da pessoa idosa no mercado de trabalho colabora com a redução de pobreza, ao mesmo tempo em que promove maior geração de renda (OMS, 2005, p. 51).

Alinhados com os direcionamentos feitos pela OMS no início do século XXI, Pazos e Ferreira (2024, p. 2) apontam que, no atual cenário do envelhecimento populacional, “pessoas idosas ganham destaque, pois além de mais presentes no mercado de trabalho, sua renda é necessária para as famílias”. Ao pesquisarem o perfil da pessoa idosa e a renda no Brasil, os autores apontam que “dos 71,3 milhões de domicílios, 33,9% são compostos por pessoas idosas. Esse grupo contribui com cerca de 70% da renda total, sendo que 34,8% provem

da ocupação de trabalho e 56,3% da aposentadoria” (Pazos; Ferreira, 2024, p. 2).

Nessa mesma linha de intelecção, Sato e Lancman (2020, p. 2) constata que, no Brasil, “as pessoas idosas tendem a permanecer no trabalho para complementar a renda familiar, já que, muitas vezes, os recursos provenientes de sua aposentadoria são a única renda delas e/ou de suas famílias e seu valor é insuficiente para mantê-las”. E, de acordo com autores, algumas pessoas idosas continuam atuando no mercado de trabalho “pelo significado e pela importância que atribuem ao trabalho. Essas podem estar relacionadas às necessidades de interação social, de se manter ativas, produtivas e até mesmo de ocupar o tempo ocioso” (Sato; Lancman, 2020, p. 2).

Apesar da participação da pessoa idosa no mercado de trabalho contemporâneo, pode-se afirmar que essa permanência não ocorre, na maioria das vezes, de modo inclusivo e acolhedor. Conforme apontado pelos autores supracitados, a pessoa idosa muitas vezes se vê obrigada a continuar no mercado de trabalho para garantir ou melhorar a renda familiar, enfrentando a obrigação de sustentar o lar e, por isso, mesmo convivendo com diversos óbices, continua trabalhando, não por vontade ou pelo exercício pleno de seus direitos, mas pelo dever e responsabilidade perante seus familiares.

De acordo com Batista e Teixeira (2021, p. 2), “o aumento do número de pessoas idosas em todo o mundo reflete em demandas de cunho político, social e econômico e causa reflexos no mercado de trabalho, pois aumenta a presença de idosos na População Economicamente Ativa (PEA)”. Nessa conjuntura, fazem-se necessárias “mudanças estruturais nas organizações, como, por exemplo, o oferecimento de jornadas de trabalho flexíveis, condições ergonômicas adequadas, gestão de grupos intergeracionais, e, a criação de estratégias para lidar com o ageísmo nas empresas” (Batista; Teixeira, 2021, p. 2).

A longevidade humana é uma conquista social. Ainda assim, muitas são as adversidades para a inclusão da pessoa idosa. No Brasil, “estudos indicam que os longevos enfrentam dificuldades para a permanência no mercado de trabalho pelas inadequações desse

ambiente, pela condição de saúde do trabalhador” (Batista; Teixeira, 2021, p. 8). E, apesar da permanência da pessoa idosa no mercado de trabalho contemporâneo, é preciso ponderar a respeito de suas reais motivações pela escolha em continuar trabalhando, sem um olhar utópico, objetivando promover e incentivar sua participação ativa em todos os âmbitos sociais, inclusive atuando em um mercado de trabalho que a valoriza e a respeita.

### **ETARISMO, ATIVIDADE LABORAL E DIREITO À DIGNIDADE HUMANA**

O médico gerontologista, psiquiatra e autor norte-americano Robert Butler, em 1968, cunhou o termo “etarismo” ou “ageísmo”, definindo um modo de intolerância e preconceito em razão da idade, em especial contra as pessoas idosas. Butler comparou a prática do etarismo ao racismo e ao sexismo, classificando a discriminação em razão da idade em três aspectos que se inter-relacionam:

1) Atitudes preconceituosas em relação aos idosos, à velhice e ao processo de envelhecimento, incluindo atitudes mantidas pelos próprios idosos; 2) práticas discriminatórias contra os idosos, particularmente no emprego, mas também em outros papéis sociais; e 3) práticas e políticas institucionais que, muitas vezes sem malícia, perpetuam crenças estereotipadas sobre os idosos, reduzem suas oportunidades de uma vida satisfatória e minam sua dignidade pessoal (Butler, 1980, p. 8).

Butler também esclarece que esses três fatores do etarismo transformaram o processo natural do envelhecimento em um problema social excludente e prejudicial à pessoa idosa. Ainda de acordo com as pesquisas do médico norte-americano, “na força de trabalho, problemas na contratação, promoção e aposentadoria

compulsória de trabalhadores mais velhos resultam do preconceito de idade institucionalizado” (Butler, 1980, p. 10).

Viana e Helal (2023, p. 6) expõem que “a sociedade tem ficado mais sensível a diversos temas atrelados à diversidade e à inclusão, o que tem gerado discussões, inclusive políticas em relação à discriminação e à violência contra minorias”. E destacam que, apesar dessa ação por integração social, “não se percebe o movimento significativo quanto à consciência em relação à idade” (Viana; Helal, 2023, p. 6).

Diante da realidade do envelhecimento populacional e do interesse ou necessidade da pessoa idosa em atuar no mercado de trabalho, fazem-se necessárias políticas públicas que promovam e defendam o direito da população que envelhece de participar das atividades laborais, observando as diferenças individuais e sociais, no intuito de garantir que todos tenham as mesmas oportunidades, de acordo com o princípio da equidade. Nesse sentido, Paolini (2016) aponta que, em um mundo globalizado,

[...] as relações de trabalho envolvendo trabalhadores idosos constituem um relevante problema que precisa ser amplamente discutido e equacionado, a fim de se diminuir a discriminação, a vulnerabilidade e a exclusão social às quais tais indivíduos estão expostos, bem como facilitar sua reinserção e permanência no mercado de trabalho (Paolini, 2016, p. 178).

De acordo com a autora, o interesse ou a necessidade de a pessoa idosa atuar no mercado de trabalho, “deveria permitir uma nova lógica, [...] uma vez que ela pode contribuir com suas experiências adquiridas em anos de vivência e de vida laboral” (Paolini, 2016, p. 178).

Constata-se, portanto, que o envelhecimento populacional contemporâneo vem consolidando um novo mercado de trabalho, em que a pessoa idosa por necessidade ou por escolha participa das atividades laborais. Entretanto, nem por isso pode-se afirmar que o século XXI promove a inclusão da pessoa idosa no contexto

profissional. Prova disso, é a promulgação da Lei nº 10.741 de 2003, publicada no início do século XXI, e que teve sua redação alterada em 22 de julho de 2022, através da Lei nº 14.423/2022, com o objetivo de se tornar mais inclusiva, estimulando a reflexão a respeito da pessoa idosa como sujeito de direito, como cidadã no efetivo exercício de seus direitos, e não somente como um grupo etário.

O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), em seu artigo 28, visa a inclusão, a preparação e o estímulo do longo na profissionalização e na ocupação profissional. Contextualmente, o artigo 28 do Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) estabelece o seguinte:

Art. 28. O Poder Público criará e estimulará programas de:

I – profissionalização especializada para as pessoas idosas, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas;

II – preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania;

III – estímulo às empresas privadas para admissão de pessoas idosas ao trabalho (Brasil, 2003, s/p).

Ao promoverem uma análise do artigo supracitado, Silva e Melo (2015, p. 156) salientam que “as formas de preconceito, atos discriminatórios e vexatórios, o legislador buscou a inserção deste grupo de forma mais participativa nos meios sociais e laborais, estimulando sua inclusão social como pessoas dignas e produtivas à sociedade”.

Apesar da existência dos dispositivos legais de proteção à pessoa idosa nos âmbitos social, cultural e econômico, se a população contemporânea global não reconhecer a relevância do envelhecimento humano na (re)construção de uma nova sociedade que respeita, aceita

e acolhe a pessoa idosa como parte integrante atuante, dificilmente haverá a possibilidade de materialização do direito ao exercício pleno da cidadania e da efetivação do princípio da dignidade humana. Enquanto o etarismo precisar ser combatido, duvidosamente a pessoa idosa terá uma vida digna, vendo reconhecido seu valor e importância.

A exclusão da pessoa idosa das atividades laborais valida o pensamento de que, ao envelhecer, o ser humano perde seu valor e suas qualidades, passando a ser um fardo social, materializando-se, assim, a prática cruel do etarismo, ferindo um dos princípios fundamentais da Carta Magna: o direito à dignidade da pessoa humana.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se afirmar que o envelhecimento populacional no Brasil é realidade inquestionável e comprovada mediante pesquisas realizadas pelo Censo Demográfico e pela preocupação legislativa ao desenvolver e formular leis e políticas públicas de proteção e promoção aos direitos da pessoa idosa. Entretanto, a sociedade, mesmo diante da longevidade humana, ainda não reconhece o valor que a pessoa idosa concentra na formação e construção social e, por isso, o longo tempo tem dificuldade de acesso e permanência em um mercado de trabalho cada vez mais competitivo e excludente.

O século XXI preza pela velocidade e pela interação mediada por tecnologias digitais, e, com isso, vem negligenciando parte expressiva da população que não tem acesso ou facilidade no manuseio dessas tecnologias, como é o caso de muitas pessoas idosas. A trajetória do longo tempo no mercado de trabalho é constantemente delineada por óbices preconceituosos e de inferiorização que marcam profundamente a vida da pessoa idosa, causando-lhe vulnerabilidade e ampliando o sentimento de exclusão.

Sendo assim, o tema proposto por este capítulo tem o intuito de promover reflexão social para que a pessoa idosa tenha seus direitos efetivados, possa participar ativamente das atividades sociais

– inclusive do mercado de trabalho. Contribui-se, assim, para maiores reflexões sobre o desenvolvimento socioeconômico, daquilo que se vivencia na prática e do que garante a base dos direitos fundamentais: a dignidade da pessoa humana.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA GOV. **Projeção do IBGE mostra que população do país vai parar de crescer em 2041.** 2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041#>. Acesso em: 19 maio 2025.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **Demografia e economia nos 200 anos da Independência do Brasil e cenários para o século XXI.** Rio de Janeiro: ENS, 2022. Disponível em: [https://prdapi.ens.edu.br/media/downloads/Livro\\_Demografia\\_e\\_Economia\\_digital\\_2.pdf](https://prdapi.ens.edu.br/media/downloads/Livro_Demografia_e_Economia_digital_2.pdf). Acesso em: 20 maio 2025.

BATISTA, Rafaela Lopes; TEIXEIRA, Karla Maria Damiano. O cenário do mercado de trabalho para idosos e a violência sofrida. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/dqwV38nSjkgJNr8PqxkmCCz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Redação dada pela Lei nº 14.423, de 22 de julho 2022. 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm#](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm#). Acesso em: 19 maio 2025.

BUTLER, Robert N. **Ageism: a foreword.** Journal of Social Issues, v. 36, n. 2, p. 8-11, 1980. Disponível em: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>. Acesso em: 31 maio 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. **Agência IBGE Notícias.** 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: 19 maio 2025.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Mundial Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 27 maio 2025.

ONU. Organização das Nações Unidas. ONU quer mais apoio para população em envelhecimento. **ONU News**, 2023a. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2023/01/1807992#>. Acesso em 20 maio 2025.

ONU. Organização das Nações Unidas. Foco nos direitos humanos marca Dia Internacional do Idoso. **ONU News**, 2023b. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821122#>. Acesso em 20 maio 2025.

PAOLINI, Karoline Silva. Desafios da inclusão do idoso no mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 2, 2016. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v14n2a16.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2025.

PAZOS, Priscila de Freitas Bastos; FERREIRA, Aldo Pacheco. Pessoa idosa, mercado de trabalho, idadismo e a saúde do trabalhador: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/LPsJXHkz3ptn7vq6tmgXXJf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 maio 2025.

ROBLES-LESSA, Moyana Mariano; CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; SOUZA, Carlos Henrique Medeiros de. Envelhecimento na perspectiva baumaniana. In: CABRAL, Hildeliza Boechat; PONTES-RIBEIRO, Dulce Helena; ALVES, Taís de Cássia Badaró (Orgs.). **Ensaio**

**interdisciplinares em tempos líquidos:** homenagem a Zygmunt Bauman. Campos dos Goytacazes/RJ: Encontrografia, v. 3, p. 104-116, 2022.

SATO, Andrea Toshiye; LANCMAN, Selma. Políticas públicas e a inserção da pessoa idosa no mercado de trabalho no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/zjDMyxQLD68G8LSxtCSV58P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 maio 2025.

SILVA, Cicero Gonçalves Oliveira da; MELO, Álisson José Maia. O trabalho na terceira idade como direito fundamental e sua repercussão no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista da Faculdade de Direito**, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, v. 36, n. 1, p. 149-166, jan./jun., 2015. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/28156/1/2015\\_art\\_cgosilva.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/28156/1/2015_art_cgosilva.pdf). Acesso em: 02 jun. 2025.

VIANA, Lauro Oliveira; HELAL, Diogo Henrique. Ageísmo na Carreira Acadêmica: um estudo com professores universitários. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 48, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/jMXGqNRw8dntJmvPScnLdnP/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2025.



## **A IMPORTÂNCIA DA CREATINA PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

*Danielle Queiroz Bernardo<sup>11</sup>*

*Sofia Machado de Oliveira<sup>12</sup>*

*Thiago Freitas de Souza<sup>13</sup>*

*Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral<sup>14</sup>*

### **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

O envelhecimento é um processo complexo, multifacetado, acompanhado de uma gama de transformações no nosso corpo como perda de massa muscular, redução da força, além do comprometimento das funções cognitivas. Essas mudanças podem afetar substancialmente a qualidade de vida. Nesse sentido, buscar formas de envelhecer de modo saudável se tornou uma prioridade. Desta feita, a creatina se ergue como um elemento favorecedor. No

---

11 Estudante da graduação em Medicina pela Universidade Iguazu (Unig), *campus* V. E-mail: daniellebernardorj@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0842654321539282>

12 Estudante da graduação em Medicina pela Universidade Iguazu (Unig), *campus* V. E-mail: sofia\_melily1@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6025648988121037>

13 Doutor em Biotecnologia e Biotecnologia pela Uenf (2010). Bacharel em Ciências Biológicas pela Uenf (2004). Professor de Bioquímica Médica da Universidade Iguazu (Unig), *campus* V. E-mail: souzاتف@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9609015767521505>

14 Doutora e mestra em Cognição e Linguagem pela Uenf. Estágio Pós-doutoral em Direito Processual Civil. Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e da Comissão de Ética da Diretoria da SB-Rio. Membro da Associação de Bioética Jurídica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Membro do Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil (Iberc). Membro fundadora de As Civilistas. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (GEPBIDH). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (Ibdfam). Pesquisadora. Extensionista. Orientadora de IC e TCC. Docente dos Cursos de Direito e Medicina. E-mail: hildeboechat@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3000681744460902>.

processo de envelhecimento, ela vem se despontando como aliada potencial. Diversos alimentos a contêm, e o corpo também a produz.

Empenhado na exploração da importância da creatina na conjuntura do envelhecimento, a estrutura deste capítulo se compõe de três seções para alcançar o que ora se propõe. De início, conceitua-se creatina e seu modo de ação. Nesse momento se destaca sua conversão em fosfocreatina bem como a subsequente função deste composto na regeneração de trifosfato de adenosina (ATP), que é substância substancial para a execução de funções celulares. Na sequência, examinam-se os benefícios da creatina nos aspectos físico e cognitivo, levando em consideração evidências que relacionam a suplementação por meio dela a avanços no funcionamento atlético e na função cognitiva, em especial em populações envelhecidas. Por fim, a discussão se direciona aos efeitos da suplementação de creatina em pessoas idosas e a análise de como essa conduta consegue intensificar a função mitocondrial e, por consequência, melhorar a vitalidade e a qualidade de vida das pessoas na fase do etarismo.

Para tal empenho, procede-se a uma revisão narrativa de literatura que visa esclarecer de forma simples e objetiva os benefícios da suplementação de creatina para a pessoa idosa. Faz-se, então, uma síntese da evidência científica disponível com a proposta de um entendimento holístico da creatina e sua função como um expediente precioso na viabilização de um envelhecimento digno, ativo, saudável e com qualidade de vida.

### **CREATINA: CONCEITO E MODO DE AGIR**

A creatina é um composto nitrogenado produzido endogenamente a partir de três aminoácidos: glicina, arginina e metionina. Sua estrutura química é representada pela fórmula  $C_4H_9N_3O_2$ , consistindo de um esqueleto guanidinoacetato metilado. Inicialmente, a glicina e a arginina reagem para formar guanidinoacetato, que, em seguida, sofre metilação via S-adenosilmetionina (derivada da metionina),

resultando na creatina. Este composto está presente e armazenado em maior concentração nas fibras dos músculos esqueléticos, onde atua como reserva de fosfato de alta energia na forma de fosfocreatina, fundamental para a ressíntese de adenosina trifosfato (ATP) durante atividades físicas de curta duração e alta intensidade (Agência Española De Seguridad Alimentaria Y Nutrición, 2024).

A proteína é ingerida, digerida e os aminoácidos resultantes são absorvidos. A produção da creatina ocorre normalmente no fígado, nos rins e no pâncreas; mas também pode-se adquirir a creatina na dieta, principalmente através do consumo de carne vermelha e de peixes (Agência Española De Seguridad Alimentaria Y Nutrición, 2024).

A creatina é muito utilizada como suplementação com a finalidade de aumentar uma molécula que produz energia no nosso corpo, o ATP, o qual oferece mais resistência durante exercícios físicos, além de manter uma alta intensidade por mais tempo, o que vai gerar aumento de força, porém existem mais estudos relacionando a creatina com a melhora da saúde mental (Vogel; Roman; Siqueira, 2019).

Primeiro, a creatina é convertida em fosfocreatina e fica armazenada. Posteriormente, é hidrolisada e a energia liberada é utilizada para transformar  $ADP + Pi$  em ATP. E tudo isso com auxílio de uma enzima, a creatina-quinase. Assim, a fosfocreatina funciona como um gerador, um potencializador de formação de ATP; além disso, ela exerce efeitos mitocondriais importantes em termo de melhora da biogênese mitocondrial, ou seja, a fosfocreatina consegue melhorar a função da mitocôndria no nosso organismo, gerando e potencializando sua produção de energia em nosso corpo (Hall; Manetta; Tupper, 2021).

O consumo da creatina suplementada se faz necessário, apesar do próprio organismo a produzir (1g/dia), pelo fato de ser uma fonte de energia, principalmente muscular; e por mais que se adquira uma boa quantidade dela na alimentação (1g/dia para uma dieta onívora), ainda assim não se consegue suprir toda a necessidade que o músculo precisa; por isto, faz-se necessário suplementar, o que significa dar

além de um determinado produto endógeno, para que se atinja níveis máximos dessa substância no organismo. Então, neste caso, suplementa-se a creatina para atingir a sua concentração máxima dentro das fibras musculares e, assim, potencializar a produção de energia e o funcionamento do músculo (Gualano *et al.*, 2019; Ostojic; Forbes, 2022).

No que se refere à segurança, a creatina é considerada um suplemento de baixo risco quando consumida nas doses recomendadas (de 3 a 5g). O estudo conduzido por Stevens *et al.* (2008) mostrou que a creatina não causa prejuízos renais em indivíduos saudáveis, sendo o aumento da creatinina sérica uma consequência do seu metabolismo, e não um marcador confiável de lesão renal. Para uma avaliação mais precisa da função renal em indivíduos em uso contínuo de creatina, recomenda-se a dosagem de Cistatina C. Deve-se, entretanto, evitar a suplementação em pacientes com doenças renais preexistentes sem avaliação médica prévia, assim como em gestantes, lactantes e crianças, devido à escassez de dados conclusivos nessas populações.

Além disso, vale ressaltar que, para a creatina ter seu efeito máximo, ela deve agir por empilhamento, ou seja, o paciente deve ser orientado para utilizar a creatina diariamente, inclusive aos finais de semana, assim ela irá realmente “empilhando”, ou seja, acumulando seus resultados até atingir seu benefício máximo (Kreider *et al.*, 2017).

## **BENEFÍCIOS DA CREATINA NO ASPECTO FÍSICO E NO COGNITIVO**

A creatina, quando usada de maneira isolada, contribui pouco para o aumento da massa muscular, sendo assim, é necessário um estímulo para que ocorra hipertrofia muscular (aumento do tamanho das células musculares), o que resulta em músculos maiores e mais fortes. Junto a esse estímulo, é fundamental uma alimentação equilibrada (que vai ser importante, não só a ingestão de proteínas, mas também a de carboidratos). Assim, para que ocorra aumento da massa muscular, é necessário um conjunto de fatores: o treino

(que é o estímulo), repouso, do uso da creatina em muitos casos, além de uma alimentação adequada. Portanto, a creatina não é um “milagre”, até porque não é uma substância que sozinha irá fazer o músculo hipertrofiar, ou, até mesmo, irá deixar o indivíduo mais forte; com efeito, funciona em pessoas que praticam atividade física regularmente. Então, a creatina é um suplemento que deve ser associado a exercícios físicos de resistência, e que não irá ter seu efeito máximo em indivíduos que são sedentários (Hall; Manetta; Tupper, 2021).

Os benefícios da creatina ocorrem quando a suplementação visa um trabalho mais efetivo do músculo, produzindo mais energia e se tornando mais funcional. Desse modo, a creatina é um suplemento utilizado para melhorar, intensificar e aprimorar o ganho da prática muscular rotineira, especialmente em treinamentos de resistência. Sem a prática de exercícios, quando se tem o objetivo com efeito no músculo, seu uso se torna reduzido (Burke *et al.*, 2023).

Conforme Machado (2023, p. 47) “a suplementação de creatina contribui para o aumento da massa muscular e da massa magra”. Pesquisas recentes atestam que associar a creatina a “treinamento com peso resulta em maior aumento da densidade mineral óssea em comparação com o treinamento com pesos sozinhos” (*Ibid.*, p. 55). Com base no que sugere a crescente literatura, o autor (2023, p. 50) ainda apresenta outros benefícios da creatina para a saúde em outras áreas, como a do “processamento cognitivo, função cerebral e recuperação após traumas cerebrais”.

Existem poucas contraindicações para o uso da creatina, como indivíduos com lesões renais ou doenças renais pré-existentes, os quais devem passar por avaliação médica antes de iniciar o uso (Yoshizumi; Tsourounis, 2004). Existem também pessoas que podem ter algum efeito colateral da creatina, relatado em alguns estudos, como o realizado por Poortmans e Francaux (2000), que reportam que algumas pessoas também irão desenvolver câimbras. Gestantes e lactantes são populações que ainda não foram muito estudadas sobre o uso da creatina, assim o seu uso não é recomendado, pois não se

sabe ao certo que efeitos adversos podem ser causados nesse grupo de pessoas. Em crianças também ainda não é recomendado, devido à escassez de estudos.

Creatina não é medicação, é um suplemento alimentar. Muitas pesquisas, como a feita por Kreider *et al.* (2025), comprovam sua segurança, porém a avaliação médica deve ser feita de modo que fique claro que o paciente não apresenta alguma doença renal e que seu uso adequado seja monitorado. O uso da creatina é seguro em doses recomendadas; sendo assim, até os suplementos devem ser utilizados em uma dose que já foi estudada, se fazendo segura. A creatina pode ser suplementada a qualquer momento do dia, a dose normalmente utilizada é de 3 a 5 g/dia, seu uso deve ser constante e no momento em que a pessoa preferir (Yoshizumi; Tsourounis, 2004).

Pessoas idosas, sedentários e fisicamente inativas apresentam uma resposta reduzida da síntese de proteína miofibrilar à ingestão de proteína dietética, o que acelera significativamente a progressão da sarcopenia. A “resistência anabólica” muscular relacionada à idade se torna particularmente pronunciada à ingestão baixa e moderada de proteínas, um padrão alimentar comumente observado em indivíduos mais velhos. Atualmente, é reconhecido que uma ingestão diária de pelo menos 0,8g de proteína por quilograma (kg) de peso corporal por dia, rica em aminoácidos essenciais (principalmente leucina), é crucial para manter o equilíbrio positivo de proteínas no tecido musculoesquelético (Landi *et al.*, 2016).

O estudo realizado por Ostojic e Forbes (2022) mostrou que em diversas populações a síntese endógena de creatina pode ser insuficiente sob inúmeras condições fisiológicas e patológicas, sendo a necessidade diária estimada de aproximadamente 2g/dia para um homem de 70 kg para manter os níveis normais de creatina no corpo humano. Ademais, pesquisas extensas, incluindo ensaio randomizado, duplo-cegos e controlados por placebo demonstraram resultados consistentes de que a suplementação de monohidrato de creatina é segura e eficaz em humanos, incluindo adultos mais velhos. Assim, há um forte consenso na comunidade científica de que a suplementação

de creatina monohidratada pode aumentar com segurança e eficácia a capacidade de desempenho do exercício e as adaptações de esforço em indivíduos treinados e não treinados, independentemente das intervenções de exercício, sexo biológico ou idade (Kreider *et al.*, 2025).

Uma relação inversa significativa foi observada entre a ingestão de creatina na dieta e os níveis no sangue de cadeia leve do neurofilamento, um biomarcador reconhecido para dano neuronal, ou seja, o aumento de ingestão de creatina na dieta diminuiu os níveis no sangue de cadeia leve do neurofilamento. Esta descoberta indica que a creatina pode exercer efeitos protetores contra lesão neuronal (Ostojic *et al.*, 2024).

Por muito tempo, a creatina foi vista apenas como aliada do ganho muscular, mas os avanços científicos atuais mostram que ela pode turbinar também o cérebro, ou ao menos a capacidade de pensar com mais clareza, foco e rapidez. O estudo de Xu *et al.* (2024) analisou ensaios clínicos com adultos que suplementaram creatina monohidratada e avaliou seus efeitos sobre a memória, atenção e velocidade de processamento. Os resultados indicaram que a suplementação foi capaz de melhorar de forma estatisticamente significativa a memória (diferença média padronizada de 0,31), além de promover ganhos relevantes na atenção e na velocidade de processamento, com um efeito moderado nesta última (SMD = -0,51), ou seja, a creatina reduziu o tempo necessário para processar informações.

Os efeitos positivos foram mais evidentes em mulheres, adultos entre 18 e 60 anos e indivíduos com determinadas condições de saúde, indicando que esses grupos podem se beneficiar mais da suplementação, mas também houve resultados em adultos mais velhos. Por outro lado, a creatina não demonstrou efeitos significativos sobre funções executivas, como planejamento ou tomada de decisão. Portanto, embora a creatina não pareça impactar todos os aspectos cognitivos, ela pode oferecer benefícios relevantes em componentes importantes para o desempenho mental no dia a dia, como memória e velocidade de processamento (Xu *et al.*, 2024).

Estudos, assim como o feito por Rawson e Venezia (2011), sugerem efeitos benéficos da creatina em indivíduos com mais idade, no que diz respeito à preservação da cognição. Sabe-se que a creatina pode ajudar a preservar, porém não recuperar aquilo que já foi perdido. Sendo assim, existe melhora da função cerebral devido a um auxílio no metabolismo energético, ações anti-inflamatórias e ação anti-oxidante; portanto, quando se pensa em saúde mental, isso pode condizer com uma boa ação, pois quando ocorre alterações no que diz respeito à saúde mental, as células cerebrais permanecem bastante inflamadas, além de uma maior ação dos radicais livres, devido ao metabolismo cerebral que é muito potente.

A creatina está diretamente associada à Saúde Mental, diante do fato do cérebro ser um dos órgãos que mais necessitam de energia; dessa forma, ela é um combustível cerebral, visto que ela age no aumento da produção de ATP, que é a energia usada pelas células nervosas. Além disso, esse composto ajuda a proteger o cérebro contra o estresse oxidativo e mantém os neurônios mais resistentes em situações de sobrecarga cognitiva; assim, pacientes com declínio cognitivo apresentaram melhora cognitiva com uso de creatina (Adhihetty; Beal, 2008). Além do efeito mitocondrial, esse composto é muito utilizado para fadiga (anti-fadiga), apresenta efeito antidepressivo intrínseco, neuro-protetor, além de contribuir para neurogênese (Kreider; Stout, 2021).

Um estudo recente, como o feito por Gordji-nejad *et al.* (2024), mostrou que uma dose única de creatina utilizada em 0,35mg por kg de peso corporal com efeitos a longo prazo, em termos de cognição, foi bastante satisfatório para uma só dose, fazendo da creatina um suplemento que pode contribuir em muito para aquelas pessoas que querem criar saúde mental.

## **BENEFÍCIOS DA SUPLEMENTAÇÃO DE CREATINA NAS PESSOAS IDOSAS**

Com o aumento do número da população idosa cada vez maior nos dias atuais, tem-se uma preocupação com o bem-estar desse grupo de indivíduos, isso porque o processo fisiológico de envelhecimento é irreversível e inevitável devido ao aumento progressivo de limitação ocasionado pela diminuição de massa muscular e de força, além do desenvolvimento de doenças neurodegenerativas que podem acompanhar os processos patológicos relacionados ao envelhecimento.

Dessa forma, alternativas que visam amenizar os efeitos gerados nas pessoas idosas se fazem amplamente necessárias, a fim de proporcionar maior autonomia, tanto física quanto mental, para a realização das atividades da vida diária da pessoa idosa. Uma dessas possíveis alternativas é a suplementação de creatina, que é cada vez mais utilizada devido a seus benefícios que vão desde a prevenção e tratamento da sarcopenia na pessoa idosa até efeitos neuroprotetores, nos quais níveis de creatina mais elevados no cérebro estão associados a um melhor desempenho neuropsicológico (Kreider; Stout, 2021).

A suplementação de creatina, historicamente associada ao desempenho esportivo, vem sendo amplamente estudada nos últimos anos pelos seus efeitos benéficos em populações idosas, tanto no aspecto físico quanto cognitivo. No processo natural de envelhecimento, ocorre uma perda progressiva de massa muscular e força, conhecida como sarcopenia, além de uma redução da função mitocondrial e da eficiência no metabolismo energético (Kreider; Stout, 2021).

A creatina, ao aumentar a disponibilidade de fosfocreatina, promove uma melhora significativa na capacidade de produção de energia muscular, o que impacta positivamente na força e na performance funcional de pessoas idosas. Estudos indicam que a suplementação crônica com creatina monohidratada, na dose de 3 a 5g por dia, potencializa os efeitos do exercício resistido, o que favorece um aumento da massa muscular, maior capacidade de recuperação

e melhora na realização de atividades básicas da vida diária, como caminhar, levantar-se de uma cadeira e subir escadas, o que reflete diretamente na autonomia e na prevenção de quedas, fatores críticos para a qualidade de vida e a redução da morbimortalidade em idades avançadas (Kreider; Stout, 2021).

Além dos benefícios musculares, a creatina desempenha um papel fundamental no funcionamento cerebral. O sistema nervoso central é altamente dependente de energia para manter funções cognitivas como memória, atenção e processamento de informações. A creatina atua como agente neuroenergético, o que promove a regeneração de ATP no interior dos neurônios e protege o cérebro contra o estresse oxidativo e a inflamação crônica, fatores intimamente ligados ao declínio cognitivo e às doenças neurodegenerativas (Adhihetty; Beal, 2008).

Também há indícios de que a creatina atue na biogênese mitocondrial, o que propicia o aumento da eficiência mitocondrial tanto em tecidos musculares quanto no tecido neural, o que a torna útil como agente anti-fadiga, antidepressivo e promotor da neurogênese. Tais propriedades são especialmente relevantes no contexto geriátrico, em que a diminuição da função cognitiva e o aumento da fadiga mental comprometem de forma significativa a qualidade de vida (Kreider; Stout, 2021).

Apesar de seu potencial terapêutico, a creatina não deve ser considerada um agente isolado ou milagroso. Sua eficácia está diretamente relacionada à combinação com estímulos adequados, em especial ao exercício físico regular e uma alimentação equilibrada. Em indivíduos sedentários ou com alimentação deficiente em proteínas e aminoácidos essenciais, a resposta ao suplemento pode ser reduzida. Ainda assim, a creatina demonstra ser uma das poucas intervenções nutricionais com benefícios simultâneos tanto para o sistema musculoesquelético quanto para o sistema nervoso central em pessoas idosas. Dessa forma, a suplementação de monohidrato de creatina pode aumentar a massa muscular, a função física e cognitiva em idades mais avançadas, com efeitos clinicamente significativos

quando combinado com treinamento de resistência, o que melhora as atividades de vida diária, o autocuidado e a qualidade de vida, ao mesmo tempo que reduz a mortalidade por todas as causas em adultos mais velhos (Kreider; Stout, 2021).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante das evidências científicas analisadas, a creatina se destaca como um recurso versátil no cuidado integral da pessoa idosa, especialmente por sua atuação em processos celulares fundamentais. Ao favorecer a biogênese mitocondrial e modular positivamente o metabolismo energético, a creatina contribui para uma maior eficiência funcional em tecidos altamente exigentes, como o músculo esquelético e o sistema nervoso central. Além disso, sua ação anti-inflamatória e antioxidante pode representar um fator de proteção contra os efeitos cumulativos do estresse celular que se intensificam com a idade. Desse modo, mais do que um agente de suporte físico e cognitivo, a creatina pode ser vista como uma aliada na promoção de um envelhecimento celular mais equilibrado, com potencial para retardar processos degenerativos e ampliar a reserva funcional do organismo.

Ademais, a suplementação de creatina é cada vez mais adotada em razão dos benefícios que traz à pessoa idosa e que englobam a prevenção e o tratamento da sarcopenia, inclusive com efeitos neuroprotetores, nos quais elevados níveis de creatina no cérebro otimizam o desempenho neuropsicológico. Portanto, a creatina representa uma ferramenta promissora capaz de promover o envelhecimento de forma mais saudável, atuando simultaneamente sobre duas das principais dimensões que afetam a autonomia e a qualidade de vida das pessoas idosas: a capacidade funcional e a função cognitiva. A regular suplementação, especialmente quando associada à atividade física, contribui para a manutenção da independência, da

mobilidade e da clareza mental, além de produzir efeitos protetores contra o declínio neuromuscular e cognitivo.

Assim, a creatina deve ser considerada não apenas um suplemento voltado ao desempenho atlético, mas um agente essencial de suporte metabólico no contexto da promoção da saúde física e mental, fundamentais para o envelhecimento digno, fato que valoriza a autonomia e a independência para a realização de atividades cotidianas, além de fomentar a participação social, que acarretará a melhoria na qualidade de vida da pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS

ADHIHETTY, Peter J.; BEAL, M. Flint. Creatine and its potential therapeutic value for targeting cellular energy impairment in neurodegenerative diseases. **Neuromolecular Medicine**, v. 10, n. 4, p. 275–290, 2008. DOI: 10.1007/s12017-008-8053-y. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2886719/>. Acesso em: 14 maio 2025.

AGÊNCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN. **Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición sobre la evaluación del riesgo de la utilización de creatina como complemento alimenticio**. Madrid: Aesan, 2024. Disponível em: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad\\_alimentaria/evaluacion\\_riesgos/CREATINA\\_COMPLEMENTOS\\_ALIMENTICIOS.pdf](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/evaluacion_riesgos/CREATINA_COMPLEMENTOS_ALIMENTICIOS.pdf). Acesso em: 12 maio 2025.

BURKE, Ryan *et al.* The effects of creatine supplementation combined with resistance training on regional measures of muscle hypertrophy: a systematic review with meta-analysis. **Nutrients**, Basel, v. 15, n. 9, p. 2116, 28 abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu15092116>. Acesso em: 20 maio 2025.

GORDJI-NEJAD, Ali; MATUSCH, Andreas; KLEEDÖRFER, Sophie; PATEL, Harshal Jayeshkumar; DRZEZGA, Alexander; ELMENHORST, David; BINKOFSKI, Ferdinand; BAUER, Andreas. Single dose creatine improves cognitive performance and induces changes in cerebral high energy phosphates during sleep deprivation. **Scientific Reports** [s.l.], v. 14, art. 54249, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54249-9>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-54249-9>. Acesso em: 1 maio 2025.

HALL, Matthew; MANETTA, Elizabeth; TUPPER, Kristofer. Creatine supplementation: an update. **Current Sports Medicine Reports**, v. 20, n. 7, p. 338-344, jul. 2021. DOI: 10.1249/JSR.0000000000000863. Disponível

em: [https://journals.lww.com/acsm-csmr/fulltext/2021/07000/creatine\\_supplementation\\_\\_an\\_update.3.aspx](https://journals.lww.com/acsm-csmr/fulltext/2021/07000/creatine_supplementation__an_update.3.aspx). Acesso em: 1 maio 2025.

KREIDER, Richard B.; JAGIM, Andrew R.; ANTONIO, José; KALMAN, Douglas S.; KERKSICK, Chad M.; STOUT, Jeffrey R.; WILDMAN, Robert; COLLINS, Rick; BONILLA, Diego A. Creatine supplementation is safe, beneficial throughout the lifespan, and should not be restricted. **Frontiers in Nutrition**, Lausanne, v. 12, 04 abr. 2025. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2025.1578564/full>. Acesso em: 3 maio 2025.

KREIDER, Richard B.; KALMAN, Douglas S.; ANTONIO, José; ZIEGENFUSS, Tim N.; WILDMAN, Robert; COLLINS, Rick; CANDOW, Darren G.; KLEINER, Susan M.; ALMADA, Antônio L.; LOPEZ, Hector L. International Society of Sports Nutrition position stand: safety and efficacy of creatine supplementation in exercise, sport, and medicine. **Journal of the International Society of Sports Nutrition** [S.l.], v. 14, n. 18, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12970-017-0173-z>. Disponível em: <https://jissn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12970-017-0173-z>. Acesso em: 14 maio 2025.

KREIDER, Richard B.; STOUT, Jeffery R. Creatine in health and disease. **Nutrients**, Basel, v. 13, n. 2, p. 447, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu13020447>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7910963/>. Acesso em: 14 maio 2025.

LANDI, Francesco; CALVANI, Riccardo; TOSATO, Matteo; MARTONE, Anna Maria; ORTOLANI, Elena; SAVERA, Giulia; D'ANGELO, Emanuela; SISTO, Alex; MARZETTI, Emanuele. Protein intake and muscle health in old age: From biological plausibility to clinical evidence. **Nutrients**, v. 8, n. 5, p. 295, 2016. DOI: [10.3390/nu8050295](https://doi.org/10.3390/nu8050295). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27187465/>. Acesso em: 14 maio 2025.

OSTOJIC, Sergej M.; FORBES, Scott C. Perspective: creatine, a conditionally essential nutrient: building the case. **Advances in Nutrition**, v. 13, n. 1, p. 34-37, jan./fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/advances/nmab111>. Acesso em: 14 maio 2025.

OSTOJIC, Sergej M.; GRASAAS, Erik; BÁLTICO, Sonja; CVEJIC, Jelena. Dietary creatine is associated with lower serum neurofilament light chain levels. **Applied Physiology, Nutrition and Metabolism**, v. 49, n. 6, p. 629-632, 2024. DOI: 10.1139/apnm-2024-0064. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38780027/>. Acesso em: 14 maio 2025.

MACHADO, Marco. Suplementação de creatina para pessoas idosas. *In*: MACHADO, Marco. **Creatina e envelhecimento: músculos, cérebro e esqueleto**. Columbia/SC: USA. 2023.

POORTMANS, Jacques R.; FRANCAUX, Marc. Adverse effects of creatine supplementation: fact or fiction? **Sports Medicine**, v. 30, n. 3, p. 155-170, 2000. DOI: 10.2165/00007256-200030030-00002. Disponível em: <https://doi.org/10.2165/00007256-200030030-00002>. Acesso em: 14 maio 2025.

GUALANO, Bruno; ACQUESTA, Fernanda Michelone; UGRINOWITSCH, Carlos; TRICOLI, Valmor; SERRÃO, Júlio Cerca; LANCHETA JUNIOR, Antonio Herbert. Efeitos da suplementação de creatina sobre força e hipertrofia muscular: atualizações. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 25, n. 6, p. 495-501, nov./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/mmQrVRgg9cqRxGwVC54kR6D>. Acesso em: 14 maio 2025.

RAWSON, Eric S.; VENEZIA, Andrew C. Use of creatine in the elderly and evidence for effects on cognitive function in young and old. **Amino Acids** [S.l.], v. 40, n. 5, p. 1349-1362, maio 2011. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00726-011-0855-9>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21394604/>. Acesso em: 2 maio 2025.

STEVENS, Lesley A.; CORESH, Josef; SCHMID, Christopher H.; FELDMAN, Harold I.; FROISSART, Marc; KUSEK, John; ROSSERT, Jerome; LENTE, Frederick Van; BRUCE, Robert D.; ZHANG, Yaping (Lucy); GREENE, Tom; LEVEY, Andrew S. Estimating GFR using serum cystatin C alone and in combination with serum creatinine: a pooled analysis of 3,418 individuals with CKD. **American Journal of Kidney Diseases**, Philadelphia, v. 51, n. 3, p. 395-406, Mar. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2007.11.018>. Acesso em: 7 maio 2025.

VOGEL, Camila; ROMAN, Alex; SIQUEIRA, Luciano de Oliveira. Efeitos neuroprotetores relacionado à suplementação com creatina. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, Passo Fundo, v. 23, n. 1, p. 70-83, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://www.revneuropsiq.com.br>. Acesso em: 28 abril 2025.

XU, Chen; BI, Siyuan; ZHANG, Wenxin; LUO, Lin. The effects of creatine supplementation on cognitive function in adults: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Nutrition**, Lausanne, v. 11, 12 jul. 2024. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2024.1424972/full>. Acesso em: 28 abr. 2025.

YOSHIZUMI, William M.; TSOUROUNIS, Charles. Effects of creatine supplementation on renal function. **Journal of Herbal Pharmacotherapy**, v. 4, n. 1, p. 1-7, 2004. DOI: 10.1300/J157v04n01\_01. Disponível em: [https://doi.org/10.1300/J157v04n01\\_01](https://doi.org/10.1300/J157v04n01_01). Acesso em: 14 maio 2025.

# **A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

*Nelia da Fonseca Pinto Ferreira<sup>15</sup>*

*Greziene dos Santos Silva<sup>16</sup>*

*Charlles Vieira Fonseca de Almeida<sup>17</sup>*

*Rosalee Santos Crespo Istoe<sup>18</sup>*

## **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) constituem espaços destinados ao acolhimento coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que não dispõem de condições de permanecerem com suas famílias ou em suas próprias residências. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 283/2005, as ILPIs têm como objetivo oferecer cuidados integrais aos residentes, promovendo o bem-estar físico, psíquico e social (Brasil, 2005). Nesse contexto, o psicólogo se insere como um profissional essencial na composição das equipes multiprofissionais, contribuindo para a humanização das relações institucionais, para o suporte emocional dos idosos e para a mediação de conflitos. Sua atuação vai além do cuidado clínico individual: envolve a promoção de atividades grupais, a escuta sensível das demandas afetivas dos idosos e a orientação aos familiares e aos demais profissionais da instituição.

A presença do psicólogo nas ILPIs se justifica não apenas pela necessidade de atenção à saúde mental da pessoa idosa, mas também

---

15 Graduanda do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem – Uenf. [Neliafonseca.psi@gmail.com](mailto:Neliafonseca.psi@gmail.com)

16 Graduanda do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem – Uenf. [grezienesantos@gmail.com](mailto:grezienesantos@gmail.com)

17 Graduando do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem – Uenf. [charlles.vieira@hotmail.com](mailto:charlles.vieira@hotmail.com)

18 Doutora em Saúde da Criança e da Mulher – Fiocruz/RJ. [rosaleeistoe@gmail.com](mailto:rosaleeistoe@gmail.com)

pela contribuição que esse profissional oferece na compreensão dos processos subjetivos do envelhecimento e na elaboração das perdas inerentes a essa etapa da vida. Dessa forma, o trabalho do psicólogo nas ILPIs se configura como um elemento chave para a promoção de um envelhecimento ativo, participativo e humanizado. Nesse sentido, surge, então, o questionamento: como o profissional de psicologia contribui para a promoção da saúde mental e da qualidade de vida dos idosos residentes em ILPIs?

O objetivo geral da pesquisa é analisar a importância da atuação do psicólogo nas ILPIs, com ênfase em sua contribuição para a saúde mental, o bem-estar emocional e a qualidade das relações institucionais. Já como objetivos específicos, busca-se: identificar as principais atribuições do psicólogo no contexto das ILPIs; compreender os impactos psicológicos da institucionalização na população idosa; avaliar a contribuição do psicólogo na mediação de conflitos entre residentes, familiares e profissionais; discutir as potencialidades das intervenções psicológicas na promoção de um envelhecimento digno.

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, com caráter exploratório e descritivo, baseada em revisão bibliográfica e documental. Foram selecionados artigos científicos, legislações e documentos oficiais entre os anos de 2015 e 2025, com ênfase em produções nacionais indexadas na base Scielo. Os dados foram organizados em categorias temáticas, segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) e interpretados à luz da psicologia do envelhecimento e das diretrizes das políticas públicas de atenção à pessoa idosa.

Cabe, ainda, sublinhar a importância da presença de profissionais qualificados, especialmente da psicologia, que é fundamental para garantir não apenas os cuidados físicos, mas também o atendimento às demandas emocionais, cognitivas e relacionais dos idosos. A propósito, a atuação do psicólogo permite uma compreensão mais ampla das necessidades subjetivas dos residentes e contribui para a construção de práticas institucionais mais humanizadas e eficazes.

## **A INSTITUCIONALIZAÇÃO E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: DESAFIOS.**

O processo de envelhecimento, quando associado à institucionalização, impõe desafios significativos à saúde mental dos idosos. Segundo Nunes e Silva (2021), a institucionalização pode representar para o idoso a perda de vínculos afetivos, da autonomia e do sentimento de pertencimento, fatores que intensificam o risco de depressão, ansiedade e isolamento social. Nesse contexto, o profissional de psicologia é essencial para promover estratégias de cuidado integral que considerem a subjetividade do idoso.

A atuação do psicólogo nas ILPIs deve ser compreendida dentro da lógica do cuidado interdisciplinar. De acordo com Pivetta, Silva e Barbosa (2022), o trabalho conjunto entre profissionais da saúde permite não apenas uma assistência mais qualificada, mas também a valorização do idoso como sujeito de direitos. A escuta ativa, a mediação de conflitos e o suporte à equipe são ações fundamentais no cotidiano institucional.

O psicólogo também exerce papel relevante na formação de vínculos e na construção de espaços de fala para os idosos, favorecendo a expressão de suas emoções e a elaboração de lutos e perdas. Conforme apontam Lima *et al.* (2023), intervenções grupais e individuais realizadas por psicólogos contribuem para o fortalecimento da autoestima, da identidade e da resiliência psíquica dos residentes. Além disso, estudos de Menezes e Rocha (2020) destacam a importância do suporte psicológico aos cuidadores formais e informais, ressaltando a sobrecarga emocional que pode impactar diretamente a qualidade do cuidado prestado. O psicólogo atua, assim, como um facilitador de relações mais saudáveis dentro das ILPIs, auxiliando tanto os profissionais quanto os familiares na compreensão dos processos do envelhecer.

Outro aspecto a ser considerado é o papel do psicólogo na construção de políticas institucionais voltadas à inclusão, diversidade e respeito às subjetividades dos residentes. A escuta institucionalizada

e a intervenção contínua do psicólogo são práticas que auxiliam na prevenção de violência institucional, negligência e isolamento. Isso evidencia que a atuação psicológica não se restringe ao campo clínico, mas se amplia para dimensões éticas, sociais e políticas.

## **PSICOLOGIA E PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO**

O conceito de envelhecimento ativo, defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pressupõe a manutenção das capacidades físicas, mentais e sociais dos idosos. Dentro das ILPIs, a psicologia assume o compromisso de desenvolver práticas que estimulem a autonomia, a participação e a valorização da trajetória de vida dos indivíduos institucionalizados. Programas de estimulação cognitiva, rodas de conversa, oficinas terapêuticas e projetos intergeracionais são exemplos de ações conduzidas por psicólogos com esse propósito (Souza; Carvalho, 2022).

## **INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS E QUALIDADE DE VIDA**

As intervenções psicossociais compreendem um conjunto de ações que integram aspectos individuais e coletivos da experiência de envelhecer. De acordo com Ferreira *et al.* (2021), tais estratégias contribuem para a redução de sintomas depressivos, para a melhora da autoimagem e para o fortalecimento do senso de pertencimento dos idosos. Nas ILPIs, onde o cotidiano pode se tornar repetitivo e solitário, a inserção dessas práticas é fundamental para romper com a monotonia institucional e promover a qualidade de vida.

## **FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO CONTÍNUA**

A formação do psicólogo para atuar em ILPIs demanda não apenas conhecimento técnico, mas também competências relacionais, éticas e culturais. Como afirmam Martins e Oliveira (2020), a educação

permanente e a supervisão profissional são estratégias indispensáveis para garantir a qualidade do atendimento. A atuação psicológica nas ILPIs exige sensibilidade para lidar com situações-limite como o luto, a terminalidade e o abandono, que requerem escuta qualificada e posicionamento ético.

## **DESAFIOS EMOCIONAIS DO ENVELHECIMENTO INSTITUCIONALIZADO**

A institucionalização do idoso, ainda que muitas vezes necessária para assegurar cuidados integrais, traz consigo uma série de desafios emocionais e psíquicos. Entre os principais impactos observados estão o sentimento de abandono, a solidão, a perda de identidade e o luto por rupturas familiares. Esses aspectos fragilizam a saúde mental dos idosos, exigindo, portanto, a presença de um profissional capacitado para acolher tais demandas. Segundo estudo de Silva e Andrade (2022), a maioria dos idosos institucionalizados enfrenta crises de identidade vinculadas à perda de papéis sociais anteriormente desempenhados, como o de provedor, cuidador ou chefe de família. Nesse sentido, a psicologia oferece ferramentas terapêuticas capazes de resgatar o senso de valor pessoal e a autoestima dos residentes.

## **ATUAÇÃO CLÍNICA E PSICOSSOCIAL DO PSICÓLOGO**

O psicólogo nas ILPIs atua tanto no nível clínico quanto no psicossocial. Clinicamente, realiza atendimentos individuais e grupais, diagnósticos psicológicos, avaliações cognitivas e intervenções específicas para lidar com transtornos como depressão, ansiedade e demências. Psicossocialmente, contribui para o fortalecimento da rede de apoio, promove oficinas terapêuticas, atividades de socialização e orienta os demais membros da equipe quanto às abordagens mais adequadas para lidar com as particularidades do envelhecimento. Como destacam Costa *et al.* (2023), a presença do psicólogo é um

fator de proteção para o idoso, pois atua na ressignificação da vida institucional e no enfrentamento de estigmas relacionados à velhice.

## **CONFLITOS FAMILIARES E MEDIAÇÃO DE VÍNCULOS**

A relação entre o idoso e sua família sofre mudanças significativas após a institucionalização. Muitas vezes, surgem sentimentos ambivalentes como culpa, rejeição e abandono. O psicólogo tem papel crucial na mediação desses vínculos, promovendo espaços de escuta e diálogo entre residentes e familiares. Estudos como o de Moreira e Lima (2021) evidenciam que a manutenção dos laços familiares é um fator determinante para o bem-estar emocional dos idosos. Assim, cabe ao psicólogo fomentar a comunicação entre as partes, orientar as famílias sobre os processos do envelhecimento e ajudar na elaboração das emoções envolvidas nesse processo de transição.

## **CONTRIBUIÇÕES PARA A EQUIPE INTERDISCIPLINAR**

O psicólogo também atua como articulador dentro da equipe interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros. Sua formação permite compreender os aspectos emocionais e relacionais que interferem na saúde dos idosos, oferecendo suporte técnico e emocional aos demais profissionais. Segundo Ramos *et al.* (2020), a presença do psicólogo promove maior coesão na equipe, contribuindo para a construção de um ambiente institucional mais empático, ético e sensível às demandas humanas.

## **PSICOLOGIA, LUTO E TERMINALIDADE**

A finitude é uma realidade constante nas ILPIs, e o psicólogo assume papel relevante no acompanhamento do processo de morte e luto. Ele apoia o idoso na elaboração da terminalidade de forma

digna e consciente, amparando também familiares e cuidadores nesse momento. Como mostram os estudos de Teixeira e Barbosa (2023), a atuação psicológica diante do luto previne quadros depressivos crônicos e permite vivências mais humanizadas de despedida e elaboração de perdas. Oficinas de espiritualidade, grupos de apoio e atendimentos terapêuticos são estratégias eficazes nesse contexto.

### **PROJETOS TERAPÊUTICOS E INCLUSÃO SOCIAL**

Outro eixo de atuação psicológica nas ILPIs está nos projetos terapêuticos voltados à inclusão e participação ativa dos idosos. Isso inclui desde práticas de musicoterapia, arteterapia, dança sênior, até rodas de conversa, hortas comunitárias e oficinas intergeracionais. Tais ações visam o resgate da autonomia, a valorização da história de vida e a promoção de vínculos afetivos entre os residentes. Segundo Vieira e Santos (2021), quanto mais o idoso se sente parte de uma comunidade significativa, maior sua capacidade de enfrentar as limitações impostas pela idade com resiliência e bem-estar.

### **INTERVENÇÃO ÉTICA E ESCUTA QUALIFICADA**

A escuta é uma das ferramentas mais potentes da atuação psicológica. No contexto das ILPIs, ela se torna um ato ético, pois reconhece o idoso como sujeito ativo, com história, desejos e capacidade reflexiva. A escuta qualificada, segundo Almeida (2022), é a base da construção de vínculos terapêuticos e do reconhecimento do sofrimento psíquico como legítimo. A psicologia institucional, portanto, fundamenta sua prática em princípios éticos de autonomia, dignidade e respeito, posicionando-se contra práticas opressivas ou negligentes que ainda persistem em muitas instituições.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Está patente a relevância da atuação do psicólogo nas ILPIs, destacando sua contribuição no cuidado integral à saúde mental, na promoção do envelhecimento ativo, na mediação de conflitos, no apoio à equipe interdisciplinar e na construção de um ambiente institucional mais ético e humanizado. Em um cenário de envelhecimento populacional crescente, torna-se urgente reconhecer a importância do trabalho psicológico como instrumento de valorização da subjetividade, da dignidade e da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

A análise dos estudos apontou que o psicólogo desempenha múltiplos papéis dentro das ILPIs, atuando desde o atendimento clínico individual até a elaboração de políticas institucionais inclusivas. Sua presença qualificada permite a criação de espaços de escuta, expressão emocional e fortalecimento de vínculos afetivos, aspectos fundamentais para um envelhecimento saudável e respeitoso. Ademais, sua intervenção junto às famílias e às equipes técnicas amplia o alcance de cuidados humanizados e éticos, promovendo maior integração entre os diversos atores envolvidos no cotidiano institucional.

Com base no exposto, conclui-se que a presença do psicólogo nas ILPIs é indispensável para garantir o bem-estar psicológico dos idosos, sendo um agente fundamental na construção de práticas institucionais que respeitem a singularidade e a trajetória de vida de cada residente. Recomenda-se, portanto, o fortalecimento das políticas públicas que assegurem a inserção e valorização do profissional de psicologia nesse contexto, bem como investimentos contínuos em formação, supervisão e pesquisa na área da psicogerontologia.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. A escuta ética nas ILPIs: fundamentos para uma prática humanizada. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 48-61, 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html). Acesso em: 20 maio 2025.

MARTINS, M. G.; OLIVEIRA, E. F. Formação em psicologia e envelhecimento: desafios para a prática em instituições. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 103-120, 2020.

MENEZES, J. S.; ROCHA, M. S. Cuidar de quem cuida: suporte psicológico aos cuidadores em ILPIs. **Psicologia em pesquisa**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 24-35, 2020.

MOREIRA, D. L.; LIMA, S. F. Vínculos familiares e institucionalização: o papel do psicólogo. **Revista Brasileira de Psicologia Social**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 115-130, 2021.

NUNES, T. B.; SILVA, M. A. Institucionalização e saúde mental: desafios para a psicologia do envelhecimento. **Revista Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 889-902, 2021.

PIVETTA, A. C.; SILVA, R. S.; BARBOSA, T. A. Equipes interdisciplinares e cuidado ao idoso institucionalizado: contribuições da psicologia. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 39, e200102, 2022.

SILVA, L. M.; ANDRADE, V. M. A institucionalização e seus impactos psicológicos: uma abordagem qualitativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 51-68, 2022.

SOUZA, R. M.; CARVALHO, R. S. Envelhecimento ativo em ILPIs: experiências e práticas psicológicas. **Revista Brasileira de Psicologia do Envelhecimento**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 37-50, 2022.

TEIXEIRA, P. A.; BARBOSA, R. C. Luto e terminalidade na velhice: contribuições da psicologia. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 55-69, 2023.

VIEIRA, J. S.; SANTOS, M. R. Projetos terapêuticos em ILPIs: inclusão social e subjetividade. **Revista Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 33, n. 2, p. 89-104, 2021.

## **MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA SAÚDE COLETIVA DA PESSOA IDOSA**

*Clara Soares Ferreira Mello<sup>19</sup>*

*Isabela Miranda<sup>20</sup>*

*Thaianne Muniz Souza<sup>21</sup>*

### **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

O envelhecimento populacional representa um dos maiores desafios para os sistemas de saúde coletivo. Entre as condições crônicas mais prevalentes na população idosa, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), caracterizada pela elevação persistente dos níveis pressóricos com Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, estando associada a elevado risco de morbimortalidade cardiovascular.

Ademais, a HAS afeta cerca de 30 a 45% da população adulta mundial, sendo a idade avançada um dos principais fatores de risco para sua manifestação. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o manejo adequado da hipertensão em idosos exige uma abordagem integral, considerando não apenas os aspectos fisiopatológicos da enfermidade, mas também as condições sociais, econômicas e culturais que impactam a adesão ao tratamento e a efetividade das intervenções. Fatores como a multimorbidade, a fragilidade física e as barreiras de acesso aos serviços de saúde contribuem para a complexidade do cuidado a essas faixa etária.

Nessa conjuntura, o objetivo deste capítulo é reunir informações sobre o Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica na Saúde coletiva da

---

19 Universidade Nova Iguaçu (Unig) *campus* V; E-mail: soaresferreiramelloclara@gmail.com, Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7072645986829151>.

20 Universidade Nova Iguaçu (Unig) *campus* V; E-mail: Isabelapsdemiranda05@gmail.com

21 Universidade Nova Iguaçu (Unig) *campus* V; E-mail: thannemuniz9@gmail.com

pessoa idosa. Ademais, na trilha destas reflexões, a seguinte questão-problema orientou o estudo: de que forma as políticas públicas e as diretrizes clínicas podem ser efetivamente aplicadas na atenção à HAS do idoso, considerando a fragilidade, multimorbidade e os determinantes sociais da saúde no âmbito do SUS.

Por conseguinte, este estudo justifica-se pela necessidade de ampliar a compreensão sobre os desafios e as possibilidades do manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica na Saúde Coletiva do idoso, usando a integração entre políticas públicas, diretrizes clínicas e práticas assistenciais. Ao aprofundar essa discussão, busca-se subsidiar a atuação dos profissionais de saúde, fortalecer a atenção primária e contribuir com reflexões sobre a melhoria da expectativa de vida e da qualidade no envelhecimento da população brasileira.

## **ASPECTOS GERAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2025), a HAS é definida por uma enfermidade crônica caracterizada pelos níveis pressóricos elevados nas artérias, o que ocorre quando há níveis sustentados de pressões máxima e mínima são iguais ou maiores que 140x90 mmHg. Esta doença tem o mesmo conceito quando voltada para a geriatria. Ademais dentre os fatores de risco para HAS estão a genética, idade, sexo, raça, obesidade, consumo elevado de sódio, baixa ingestão de potássio, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e fatores socioeconômicos, sendo esta a principal variável preditora o envelhecimento. (Luize *et. al.*, 2024)

Segundo o mesmo autor, a pressão arterial (PA) é definida por uma fórmula,  $PA = \text{Débito Cardíaco (DC)} \times \text{Resistência Vascular Sistêmica (RVS)}$ . A PA é influenciada por outros fatores como volume sanguíneo, viscosidade do sangue e elasticidade arterial. Uma dieta rica em sódio aumenta o volume sanguíneo (retorno venoso) e a PA, já que este soluto retém líquidos no organismo, interferindo no Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA), que participa da regulação

da PA, no equilíbrio hídrico e controle de sódio, além de aumentar a liberação de peptídeo natriurético atrial.

Já no que diz respeito à participação do potássio na fisiopatologia da doença, este desempenha um papel significante na redução da PA ao interagir com o sódio através da bomba de sódio e potássio, promovendo a eliminação de água e sódio, levando a ação do SRAA, aumentando a ação de prostaglandinas, levando a diminuição da RVS através da dilatação das arteríolas e estimulando a ação da bomba de sódio e potássio. Todo esse mecanismo induz a diminuição do volume sanguíneo e conseqüentemente a da PA (Da Costa; Paccolat; Ponte, 2022).

A prevalência da hipertensão tem aumentado globalmente, influenciada por diversos fatores de risco que variam conforme a região, a faixa etária e as condições socioeconômicas. Estudos indicam que a HAS afeta aproximadamente 30-45% da população adulta mundial, com taxas de controle significativamente reduzidas em muitos países, associado a barreiras no acesso ao tratamento, à adesão à terapia e à falta de consciência sobre a gravidade da condição. Ademais, essa prevalência apresenta variações expressivas entre sexos e faixas etárias. A HAS é uma doença que abrange mais comumente os homens até a idade de 45 anos; posteriormente, a prevalência se iguala entre os sexos, tendendo a ser maior em mulheres, o que está associado a seus fatores de risco (envelhecimento da população, aumento da obesidade, estilo de vida sedentário) (Albuquerque *et. al.*, 2024)

De acordo com o mesmo autor, a repercussão da hipertensão é amplificada por sua relação com outras enfermidades como diabetes mellitus e dislipidemia, uma vez que a combinação destas condições com a hipertensão aumenta o risco de eventos cardiovasculares, como Infarto Agudo do Miocárdio, complicando o gerenciamento da saúde pública.

## **MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2018), nas unidades básicas de saúde valoriza-se o projeto terapêutico individualizado, no qual a equipe de saúde e o paciente atuam como corresponsáveis na formulação e no monitoramento do plano de cuidado. Ademais, promove-se a educação em saúde com enfoque interdisciplinar, acrescentando também as ações terapêuticas e de reabilitação.

Para o diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS), é necessário realizar a aferição da PA. Além disso, para a garantia de resultados confiáveis, é preciso seguir orientações gerais destinadas ao paciente como: explicar o procedimento; repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo antes da medição; evitar bexiga cheia; não praticar exercícios 60 a 90 minutos antes da medição; não ingerir café, álcool e não fumar 30 minutos antes; remover roupas do braço em que será colocado o manguito; posicionar o braço na altura do coração; manter paciente sentado, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; solicitar que o paciente não fale durante a medida; informar os valores da pressão obtidos para o paciente (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2018).

Segundo o mesmo autor, no que tange a avaliação clínica, deve ser feita uma anamnese detalhada do paciente, tendo objetivos principais como: confirmar o diagnóstico da enfermidade; avaliar lesões de órgão alvo/LOA (no exame clínico deve ser realizado fundo de olho e outros exames procurando lesões causadas pela doença); identificar comorbidades; estratificar risco cardiovascular; diagnosticar HAS secundária.

O diagnóstico da hipertensão não deve ser considerado após uma simples medida da PA, exceto em situações de emergência; portando, além das medidas obtidas na consulta (que devem ser no mínimo 2 , aferindo a PA de cada membro superior do paciente), há necessidade

de um monitoramento frequente da PA em mais de um ambiente para diagnóstico diferencial de hipertensão do avental branco (níveis de pressão elevados somente no consultório médico) e hipertensão mascarada (paciente normotenso no consultório, mas com PA elevada em outros ambientes) (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2018). De acordo com Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2018), o médico pode solicitar medidas indiretas da PA: medida ambulatorial (Mapa), que está disponível no SUS, ou residencial (MRPA), que ainda não está disponível no mesmo sistema.

Para estratificar o risco cardiovascular e identificar outras comorbidades, bem como a LOA, é necessário solicitar exames, organizando, assim, o apoio diagnóstico nos diferentes níveis de atenção; na atenção básica podem ser solicitados exames laboratoriais: urina I, Na, K, ureia, creatinina, glicemia de jejum, perfil lipídico, ácido úrico, microalbuminúria, TSH, taxa de filtração glomerular, eletrocardiograma e radiografia de Tórax; na atenção ambulatorial de média complexidade, podem ser solicitados, além dos exames já citados, os seguintes exames: mapa, teste ergométrico, holter, ecocardiograma, fundoscopia indireta, mapeamento de retina, campimetria, CT abdominal, ultrassom abdominal e doppler de membros inferiores, ultrassom e doppler de carótidas, eletroneuromiografia, avaliação de potencial evocado, biópsia renal; na atenção ambulatorial de alta complexidade podem ser solicitados estes exames, além dos já citados: dosagem de catecolaminas, arteriografia renal, eletro-retinograma, fotocoagulação de retina, angiofluorescência de retina, tomografia de coerência ótica, ecografia B, angiografia, ressonância magnética, cardiologia invasiva, hemodinâmica, eletroneuromiografia, polissonografia, no entanto todos os exames citados tem indicação, focando no quadro do paciente (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2018).

Em concordância com a mesma fonte, o acompanhamento do paciente portador de HAS deve seguir um padrão de consultas anuais, conforme a gravidade da condição; além disso, a prática clínica deve estabelecer parâmetros básicos, enfatizando que o tratamento não

medicamentoso deve ser implementado em todos os casos. Ademais, para pacientes elegíveis ao tratamento medicamentoso, o retorno ao médico na introdução desse tratamento deve ser frequente. E se a Unidade Básica de Saúde (UBS) tiver estrutura física e recursos humanos suficientes, é recomendado seu retorno entre as consultas médicas, com a enfermagem para avaliação, reforço de ações educativas, verificação da correta utilização dos medicamentos, hábitos alimentares, prática de exercícios físicos. Além do mais, para um paciente hipertenso, o tratamento tem como meta ideal para todas as categorias a PA até 120/80 mmHg, tendo como base níveis mínimos aceitáveis de acordo com risco cardiovascular individual.

De acordo com a Diretriz Europeia (ESC, 2024), houve alterações na classificação e tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), removendo a classificação por estágios. A diretriz considera hipertenso o paciente com níveis de pressão arterial sustentados iguais ou acima de 140 mmHg na pressão sistólica e maiores ou iguais a 90 mmHg na pressão diastólica. Além disso, a pressão arterial elevada é definida por níveis pressóricos entre 120-139 mmHg na pressão sistólica e 70-89 mmHg na pressão diastólica. Portanto, considera-se normotenso o paciente com pressão sistólica inferior a 120 mmHg e pressão diastólica inferior a 70 mmHg.

## **GUIDELINES DO MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO IDOSO**

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2020), as metas pressóricas devem ser individualizadas em conformidade com a condição funcional do paciente, suas fragilidades e comorbidades presentes (como, por exemplo, diabetes, uma doença que atualmente tem se tornado comum na faixa etária mais idosa).

A meta mais rígida tem-se como padrão de pressão entre 125-135mmHg podendo se considerar em casos isolados e selecionados, especialmente em idosos motivados tendo idade menor que 80 anos

e uma ótima aceitação da medicação e hábitos terapêuticos (SBC, 2020). A causa mais comum atualmente em idosos que levam ao aumento da pressão é a rigidez progressiva de parede arterial. São diversas as causas para tal situação, dentre elas hipertrofia da parede, calcificações e lesões ateromatosas, alterações de matriz extracelular. Tais causas são os principais determinantes para a diminuição de propriedades elásticas e seu desenvolvimento arterial (Benetos; Petrovic; Strandberg, 2019);

O tratamento de hipertensão em idosos requer um controle rigoroso da pressão arterial, a fim de reduzir o risco cardiovascular, tanto em relação à pressão sistólica individualizada quanto à pressão diastólica (Da Costa; Paccolat; Ponte, 2022). Entretanto, a aderência medicamentosa da parte do paciente dificulta o seu tratamento. A escolha do anti-hipertensivo deve ser altamente cuidadosa e de acordo com as comorbidades, necessidades fisiológicas e com vista à melhor aderência ao tratamento.

Atualmente, pacientes idosos, além da HAS, frequentemente convivem com diversas doenças, como diabetes, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiências coronárias, entre outras. Portanto, o tratamento deve ser ajustado de maneira individualizada para cada paciente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O manejo da HAS na saúde coletiva da pessoa idosa constitui um desafio crescente, especialmente diante do envelhecimento populacional e do aumento da prevalência de fatores de risco como obesidade, sedentarismo e comorbidades. A abordagem integrada, preconizada pelas diretrizes clínicas e pelas políticas públicas no âmbito do SUS, revela-se essencial para o controle efetivo da HAS nessa faixa etária, considerando a complexidade e a multimorbidade frequentemente associadas.

Este estudo evidenciou a importância da individualização do tratamento, da estratificação do risco cardiovascular e da adoção de estratégias terapêuticas que consideram as fragilidades dos idosos. A adesão ao tratamento permanece como um desafio central, sendo crucial o papel da equipe multiprofissional no acompanhamento contínuo, na educação em saúde e na orientação quanto às medidas não farmacológicas.

Assim, o fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da HAS no contexto da atenção primária é indispensável para a redução das complicações cardiovasculares e para a promoção de um envelhecimento saudável. A efetiva aplicação dessas diretrizes, aliada a um acompanhamento contínuo e integrado, poderá contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos hipertensos, reduzindo o impacto da doença na saúde coletiva.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. L. C.; SILVA, A. L. R. M. F.; REZENDE, A. R.; PESSANHA, C. A. do R.; FERRARI, C. A.; SANTOS, C. C. B.; SILVA, D. V.; SÁ, E. M. B. F. de; PINHO, I. V. de A.; ROLIM, J. F. G.; CÓTICA, L. F. A.; GALVÃO, L. C.; MACIEL, M. P.; QUEIROZ, N. M. P. e; SCAPIM, S. N.; Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão abrangente de epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e manejo. **Brazilian Journal of Health and Biological Science** [S. l.], v. 1, n. 1, p. e16, 2024. Disponível em: <https://bjhbs.com.br/index.php/bjhbs/article/view/16>. Acesso em: 4 maio. 2025.

BENETOS, Athanase; PETROVIC, Mirko; STRANDBERG, Timo. Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. **American Heart Association**, 2019. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/journal/res>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Hipertensão (pressão alta)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao>. Acesso em: 15 maio 2025.

DA COSTA, C; PACCOLAT, C. L; PONTE, B. 2022. Sódio, potássium and arterial hypertension: what's new? **Revue Médicale Suisse**, v. 18, p. 1694-1697, 2022. DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.795.1694

ESC. Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. **European Heart Journal**, v. 45, n. 38, p. 3912-4018, 2024.

ESC. Diretriz Europeia. (Eur Heart J.) **Diretrizes ESC 2024 para o tratamento da pressão arterial elevada e hipertensão**. Grupo de Documentos Científicos da ESC, ano 45, n. 38, p. 3912-4018, 7 out. 2024. Disponível em: Diretrizes ESC 2024 para o manejo da pressão arterial elevada e hipertensão - PubMed. Acesso em: 12 abr. 2025.

LUIZE, L. M.; BARBIN, L. F.; FIGUEIREDO, G. R.; HERNANDES, M. S.; VENTURA, C. C.; DUARTE, N. B. M.; SUGAI, V. R.; CASTRO, Y. B.; SILVA, M. I. da; WEDEKIN, I. O.; PEDROSO, S. R.; SUGAI, T. Hipertensão Arterial Sistêmica: da fisiopatologia à saúde pública. **Brazilian Journal of Health Review** [S. l.], v. 7, n. 3, p. e70557, 2024. DOI:10.34119/bjhrv7n3-385. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/70557>. Acesso em: 4 maio 2025.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Linha de cuidado hipertensão arterial sistêmica: manejo na unidade de saúde**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2018. 112 p. Disponível em: [https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/linha-de-cuidado-ses-sp/hipertensao-arterial/manual\\_de\\_manejo\\_na\\_unidade\\_de\\_saude\\_hipertensao\\_arterial.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/linha-de-cuidado-ses-sp/hipertensao-arterial/manual_de_manejo_na_unidade_de_saude_hipertensao_arterial.pdf) Acesso em: 4 maio 2025.

SBC. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 9, n. 3, 2020.

# FERIDAS CRÔNICAS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: DESAFIOS E CUIDADOS

*Lucas Costa Lopes<sup>22</sup>*

*Clara Resende de Almeida Fernandes<sup>23</sup>*

*Priscila Resende de Almeida Fernandes<sup>24</sup>*

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento humano representa um fenômeno complexo que envolve diversos fatores sociais e econômicos. Marcado por alterações físicas e funcionais que afetam a qualidade de vida dos indivíduos e de toda a família (Evangelista *et al.*, 2012; Vieira; Araújo, 2018). Com o crescimento da expectativa de vida acelerado, podemos observar um aumento constante da população idosa no Brasil e no mundo, o que provoca novos desafios aos serviços de saúde, principalmente aqueles voltados para a promoção, prevenção e cuidado integral (Miranda; Mendes; Silva, 2016). Com isso, as feridas crônicas em pessoas acima dos 60 anos representam uma condição clínica prevalente e impactante que reflete questões biológicas, sociais, psicológicas e culturais (Vieira; Araújo, 2018).

As feridas crônicas, além de representarem uma ruptura do tecido cutâneo, são também uma condição clínica complexa, marcada por desequilíbrios na resposta inflamatória, presença de comorbidades e fatores como mobilidade reduzida e barreiras ao acesso ao cuidado

---

22 Mestre em Biodiversidade pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) *campus* II. Doutorando na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) *campus* I. E-mail: lucas.lopez2@academico.ufpb.br. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7098214238057734>.

23 Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Integrada do Extremo Sul da Bahia (Unisul). Estudante de enfermagem na Faculdade Integrada do Extremo Sul da Bahia (Unisul). E-mail: Clarinha.resende@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0953525359610371>.

24 Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas da Bahia (FCMB). Enfermeira assistencial. E-mail: priscilaresendee@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7055805385439426>.

especializado (Duim *et al.*, 2015). Entre os tipos mais prevalentes nesse grupo etário estão as úlceras por pressão, lesões relacionadas ao pé diabético e úlceras vasculares, todas caracterizadas por curso prolongado, risco aumentado de infecção e recorrência frequente (Freitas *et al.*, 2011; Bezerra *et al.*, 2015).

A fisiologia do envelhecimento cutâneo, com redução da vascularização, atrofia epidérmica e diminuição da atividade celular, constitui um terreno propício à cronicidade das lesões (Gould *et al.*, 2015). No entanto, os determinantes sociais e institucionais do cuidado, como a fragmentação das redes de atenção, a escassez de profissionais capacitados e as fragilidades na continuidade do tratamento agravam ainda mais o quadro clínico dessas feridas (Evangalista *et al.*, 2012; Veras, Caldas; Cordeiro, 2013). O cuidado com feridas crônicas em idosos, portanto, exige domínio técnico, além de uma abordagem ética, interdisciplinar e centrada na pessoa, respeitando as singularidades do envelhecimento e os contextos em que ele se insere (Brito *et al.*, 2013).

Consideramos a hipótese de que a manutenção das feridas crônicas em idosos não pode ser compreendida apenas como um aspecto fisiológico do envelhecimento, mas sim como o resultado de um conjunto de deficiências estruturais no modelo assistencial. Acreditamos que a fragilidade institucional no reconhecimento precoce dessas lesões, aliada à fragmentação entre os níveis de atenção e à escassez de condutas terapêuticas padronizadas, contribui para o agravamento e a perpetuação das lesões cutâneas.

O objetivo foi analisar criticamente os fatores que condicionam o surgimento e a cronicidade das feridas em idosos, com destaque para os principais desafios enfrentados por profissionais de saúde, propondo estratégias viáveis para a qualificação do cuidado com a pessoa idosa. Assim, buscamos contribuir para a formulação de práticas integradas, seguras e humanizadas, apoiadas em evidências científicas e voltadas para as necessidades dessa população.

## **ALTERAÇÕES CUTÂNEAS NA FASE DE ENVELHECIMENTO HUMANO**

O envelhecimento da pele é um processo natural e cumulativo, representado por alterações morfológicas e funcionais que causam danos à integridade cutânea e prejudicam a sua regeneração (Miranda; Mendes; Silva, 2016). Essas alterações estão relacionadas à interação entre fatores como o declínio hormonal e fisiológico, a exposição solar crônica, os poluentes ambientais e os hábitos de vida. Com o passar do tempo, esses fatores combinados tornam a pele mais sensível a lesões e infecções, exigindo cuidados mais específicos (Veras, Caldas; Cordeiro, 2013; Gould *et al.*, 2015).

Em uma abordagem histológica, é possível observar uma redução gradual e contínua da espessura da epiderme, além do achatamento das zonas de transição cutânea, causando a diminuição da atividade dos queratinócitos, juntamente com a queda na produção de colágeno e elastina pela derme (Parker *et al.*, 2015). Esses fatores enfraquecem a elasticidade e a resistência tecidual, deixando a pele do idoso mais sujeita a traumas, lacerações e rupturas (Luz *et al.*, 2010; O'Brien *et al.*, 2016). Além disso, há uma redução da vascularização e da atividade fibroblástica, o que retarda os mecanismos naturais de cicatrização e dificulta a resolução de lesões, mesmo as de baixa complexidade (Duum *et al.*, 2015; Skerritt; Moore, 2014).

Com o avanço da idade, a atividade das glândulas sebáceas e sudoríparas também se reduz, o que compromete a hidratação natural da pele e contribui para o ressecamento e a descamação (Souza; Santos, 2010). Esses fatores, somados à perda de tecido subcutâneo e à diminuição da resposta imune local, contribuem para o aparecimento de lesões de difícil cicatrização. Além disso, a redução da barreira cutânea aumenta a ocorrência de microrganismos, elevando o risco de complicações por infecção mesmo em feridas superficiais (Heyer *et al.*, 2016; Werdin *et al.*, 2009).

Essas alterações, apesar de comuns, não ocorrem da mesma forma em todos os idosos, sendo influenciadas por condições clínicas associadas como diabetes mellitus, insuficiência venosa crônica,

neuropatias e desnutrição, fatores que aumentam a sensibilidade da pele (Bezerra et al., 2015; Madanchi *et al.*, 2013). Somado a isso estão os aspectos psicossociais e econômicos, como o isolamento social, a falta de acesso a medicamentos e suporte familiar, que interferem no cuidado com a pele e no controle e prevenção de lesões (Araújo *et al.*, 2016; Torres *et al.*, 2013).

Portanto, entender como a idade e doenças associadas afetam a pele da pessoa idosa é essencial para a formulação e prática de estratégias de prevenção, identificação precoce e manejo adequado de feridas crônicas. Além de reconhecer o envelhecimento como um fator inevitável, é preciso considerá-lo como um desafio clínico e social, que exige intervenções direcionadas às particularidades da pessoa idosa.

## **FERIDAS CRÔNICAS EM PESSOAS IDOSAS E DESAFIOS NO CUIDADO E NA CICATRIZAÇÃO**

As feridas crônicas são consideradas um dos principais desafios clínicos e epidemiológicos no cuidado da pessoa idosa, comumente associadas à perda funcional, dor contínua, exclusão social e mortalidade (Gould *et al.*, 2015). A definição engloba lesões que demoram para cicatrizar mais do que o tempo fisiológico esperado, geralmente superior a seis semanas, com o processo de reparo do tecido interrompido por mecanismos de inflamação e infecções subjacentes (Werdin *et al.*, 2009; Parker *et al.*, 2015).

Entre os tipos mais prevalentes em idosos, destacam-se as úlceras por pressão (UPP), as úlceras venosas, as lesões neuropáticas (com destaque para o pé diabético e as úlceras arteriais). As UPP, em particular, estão relacionadas à imobilidade prolongada, à incontinência e à desnutrição, sendo consideradas um indicador de qualidade da assistência prestada em instituições de longa permanência e unidades hospitalares (Freitas *et al.*, 2011; Souza; Santos, 2010; Chayamiti; Caliri, 2010). Já as lesões de origem vascular

decorrem de alterações hemodinâmicas crônicas que comprometem a perfusão tecidual, resultando em feridas dolorosas, exsudativas e de difícil cicatrização (Heyer *et al.*, 2016; Araújo *et al.*, 2016).

Os fatores que dificultam o tratamento eficaz dessas lesões vão além da fisiologia cutânea alterada pelo envelhecimento. A presença de múltiplas comorbidades, como diabetes mellitus, insuficiência cardíaca e síndrome da fragilidade, compromete o metabolismo e os mecanismos de regeneração celular, agravando o prognóstico das feridas (Bezerra *et al.*, 2015; Madanchi *et al.*, 2013). Somado a isso, está o uso frequente de polifarmácia, que pode interferir negativamente no processo inflamatório e na síntese de colágeno, essencial à regeneração tecidual (Gould *et al.*, 2015; Evangelista *et al.*, 2012).

Além disso, existem desafios operacionais e estruturais ligados direta e indiretamente a esses pacientes. A falta de protocolos clínicos bem definidos, a baixa aderência à documentação e à avaliação contínua das lesões e a falta de materiais para o tratamento avançado dificultam o acompanhamento e a tomada de decisões baseadas em evidências confiáveis (Brito *et al.*, 2013; Oliveira; Castro; Granjeiro, 2014). Idosos ainda passam por barreiras de acesso à atenção especializada, principalmente em cenários mais vulneráveis e territórios marcados por desigualdade na distribuição dos serviços de saúde (Veras; Caldas; Cordeiro, 2013).

A continuidade do tratamento após a alta hospitalar representa outro fator importante e cada vez mais crítico. A ausência de estratégias para uma melhor transição entre os estágios de atenção hospitalar e domiciliar traz complicações severas para a continuidade do cuidado, causando abandono terapêutico e agravamento das lesões (O'Brien *et al.*, 2016). Além disso, há a sobrecarga dos cuidadores familiares que, na maioria das vezes, não têm o preparo para o manejo adequado dos ferimentos, favorecendo a piora do quadro clínico e o avanço de complicações, como infecções e osteomielite (Torres *et al.*, 2013).

Nesse contexto, é fundamental e urgente a criação de estratégias e ações de fortalecimento de políticas voltadas para o cuidado integral à pessoa idosa, principalmente àquelas que apresentam

feridas ou outras complicações crônicas, com ênfase na capacitação de profissionais da saúde, na criação e fortalecimento de linhas de cuidado e na ampliação do uso e acesso a tecnologias e tratamentos atualizados. A compreensão dos determinantes das lesões, tanto biológicos como clínicos, sociais e organizacionais, é condição-chave para a construção de uma assistência médica e domiciliar mais segura, dinâmica e resolutiva.

## **ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES DE CUIDADO**

O cuidado com feridas crônicas em pessoas idosas exige uma abordagem baseada em evidências confiáveis, alinhada às complexidades clínicas e às características do paciente (Brito *et al.*, 2013). Assim, ações com o uso de técnicas atualizadas e o apoio de tecnologias entre os estágios do tratamento são fundamentais para uma conduta terapêutica mais eficiente, evitando complicações futuras (Thomas, 2008; Walker *et al.*, 2017; Lansdown, 2004).

O primeiro passo consiste em uma avaliação clínica minuciosa da lesão, considerando aspectos como localização, extensão, profundidade, presença de exsudato, sinais de infecção, além do estado nutricional e funcional do paciente (Parker *et al.*, 2015; Lino *et al.*, 2008). Assim, a escolha do tratamento deve considerar o tipo e o estágio da ferida, o contexto social e o suporte disponível para o cuidado domiciliar (Evangelista *et al.*, 2012; Veras; Caldas; Cordeiro, 2013).

A seguir, o quadro destaca os principais tipos de materiais de cobertura e suas indicações clínicas, de acordo com diretrizes atuais em manejo de feridas (Quadro 1).

**Quadro 1 – Tipos de coberturas para feridas crônicas e suas indicações clínicas**

<b>Tipo de cobertura</b>	<b>Indicação principal</b>	<b>Observações clínicas</b>	<b>Referências</b>
Gaze impregnada com PHMB	Feridas infectadas ou colonizadas	Promove ação antimicrobiana e controla odor	Elzinga <i>et al.</i> , 2011
Hidrocolóide	Feridas com exsudato leve a moderado	Estimula autólise e manutenção de ambiente úmido	Thomas, 2008
Alginato de cálcio	Feridas com exsudato abundante ou com sangramento	Alta absorção, útil em úlceras venosas e fistulas	Limová, 2003
Espuma de poliuretano	Úlceras por pressão e feridas com exsudato moderado a alto	Proporciona amortecimento e troca menos frequente	Walker <i>et al.</i> , 2017
Carvão ativado com prata	Feridas malcheirosas e com suspeita de contaminação	Controla odor e infecção; uso não prolongado	Warrick; Morrison; Delchambre, 2003
Membrana de celulose/matriz colagenada	Feridas crônicas com dificuldade de epitelização	Estimula regeneração celular e fechamento progressivo	Hart <i>et al.</i> , 2002
Malhas de silicone	Feridas com tecido de granulação recente ou enxertos	Protege o leito da ferida e evita aderência	D u c h a r m e - Desjarlais <i>et al.</i> , 2005
Curativo de prata nanocristalina	Feridas infectadas ou de risco elevado de infecção	Ampla espectro antimicrobiano e longa ação	Lansdown, 2004

**Fonte:** Adaptado dos estudos analisados e referenciados nesta tabela.

Além do uso de coberturas específicas, é importante destacar medidas complementares, como o reposicionamento adequado e frequente para o controle de úlceras por pressão, o controle glicêmico preciso em pacientes com diabetes, juntamente com a suplementação nutricional, especialmente com vitamina C, zinco, proteínas e outros micronutrientes, associada ao estímulo à mobilidade sempre que possível (Freitas *et al.*, 2011; Madanchi *et al.*, 2013; Thomas, 2008).

A capacitação contínua dos profissionais de saúde, a implementação de protocolos institucionais e o uso de escalas validadas (ex: Measure, Push Tool, Braden Scale) contribuem para a padronização do cuidado, a documentação adequada das lesões e o monitoramento de resultados (Santos *et al.*, 2005; Lino *et al.*, 2008; Walker *et al.*, 2017). No âmbito da Atenção Primária, estratégias como visitas domiciliares, grupos de autocuidado e educação em saúde para cuidadores têm se mostrado eficazes na redução de complicações e recidivas (Araújo *et al.*, 2016; Evangelista *et al.*, 2012).

Diante da diversidade de cenários e perfis clínicos, não existe uma abordagem única e universal. O cuidado eficaz depende do planejamento individualizado, do trabalho em equipe multiprofissional e da escuta atenta às necessidades e limitações da pessoa idosa. A tecnologia deve ser incorporada como aliada, mas jamais deve substituir a sensibilidade ética e humanizada que deve nortear todas as práticas em saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Além de serem consideradas um problema clínico complexo, as feridas crônicas em pessoas idosas representam um fenômeno social que reflete os processos fisiológicos, as condições socioeconômicas e as deficiências do sistema de saúde. A pele das pessoas idosas apresenta alterações estruturais e funcionais, com maior sensibilidade a lesões persistentes, cujo manejo exige técnicas específicas, sensibilidade ética e ações articuladas entre os diferentes níveis de atenção primária e secundária.

Apesar dos avanços relacionados à melhoria do cuidado, às novas tecnologias e às diretrizes clínicas para a prevenção e o cuidado de feridas, barreiras ainda persistem e dificultam o cuidado com a população idosa. A falta de continuidade do cuidado, somada à baixa adesão a protocolos clínicos, à falta de capacitação continuada dos profissionais de saúde e à negligência do contexto domiciliar expõe

a urgência da aplicação e melhoria de políticas públicas, com foco na prevenção, capacitação das equipes de saúde e promoção da autonomia dos idosos.

Conclui-se que o enfrentamento dos desafios impostos pelas feridas crônicas no envelhecimento requer uma abordagem centrada na pessoa, sustentada por evidências científicas e comprometida com a equidade. Investir na formação continuada dos profissionais, na organização das redes de cuidado e na valorização do trabalho interprofissional são caminhos indispensáveis para garantir a cicatrização das lesões e, sobretudo, a dignidade, o conforto e a qualidade de vida de quem envelhece.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. O.; SILVA, C. da; SOUTO, R. Q.; PERGOLA-MARCONATO, A. M.; COSTA, I. K. F.; VASCONCELOS-TORRES, G. de. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. **Aquichán**, v. 16, n. 1, p. 56-66, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972016000100007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000100007&lng=en). Acesso em: 23 abr. 2025.

BEZERRA, G. C.; SANTOS, I. C. R. V.; LIMA, J. C.; SOUZA, M. A. de O. Avaliação do risco para desenvolver pé diabético na atenção básica. **Revista Estima**, v. 13, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/108>. Acesso em: 17 abr. 2025.

BRITO, K. K. G.; SOUSA, M. J. de; SOUSA, A. T. O. de; MENESES, L. B. de A.; OLIVEIRA, S. H. dos S.; SOARES, M. J. G. de O. Feridas crônicas: abordagem da Enfermagem na produção científica da pós-graduação. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 2, n. 7, p. 414-421, 2013.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Pressure ulcer in patients under home care. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/en\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/en_05.pdf). Acesso em: 03 abr. 2025.

DUCHARME-DESJARLAIS, M.; CÉLESTE, C. J.; LEPAULT, E.; THEORET, C. L. Effect of a silicone-containing dressing on exuberant granulation tissue formation and wound repair in horses. **American Journal of Veterinary Research**, v. 66, n. 7, p. 1133-1139, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16111150/>. Acesso em: 23 maio 2025.

DUIM, E.; SÁ, F. H. C. de; DUARTE, Y. A. de; OLIVEIRA, R. C. B. de; LEBRÃO, M. L.; SÁ, F. H. C. de; DUARTE, Y. A. de; LEBRÃO, M. L. Prevalence and characteristics of lesions in elderly people living in the community. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe, p.

51-57, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/en\\_1980-220X-reeusp-49-spe-0051.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/en_1980-220X-reeusp-49-spe-0051.pdf). Acesso em: 31 mar. 2025.

ELZINGA, G.; DOORN, J. V.; WIERSEMA, A. M.; KLICKS, R. J.; ANDRIESEN, A.; ALBLAS, J. G.; CUSPE, H.; POST, U. M.; GENT, M. V. Clinical evaluation of a PHMB-impregnated biocellulose dressing on paediatric lacerations. **Journal of Wound Care**, v. 20, n. 6, p. 280-284, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21727877/>. Acesso em: 23 maio 2025.

EVANGELISTA, D. G.; MAGALHÃES, E. R. M.; MORETÃO, D. I. C.; STIVAL, M. M.; LIMA, L. R. de. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 2, n. 2, p. 254-263, 2012. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/15/308>. Acesso em: 05 abr. 2025.

FREITAS, M. C. de; MEDEIROS, A. B. F.; GUEDES, M. V. C; ALMEIDA, P. C. de; GALIZA, F. T. de; NOGUEIRA, J. de M. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 143-150, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a19v32n1.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.

GOULD, L. ABADIR, P.; BREM, H.; CARTER, M.; CONNER-KERR, T.; DAVIDSON, J.; DIPIETRO, L.; FALANGA, V.; FIFE, C.; GARDNER, S.; GRICE, E.; HARMON, J.; HAZZARD, W. R.; ALTO, K. P.; HOUGHTON, P.; JACOBSON, N.; KIRSNER, R. S.; KOVACS, E. J.; MARGOLIS, D.; HORNE, F. McF.; REED, M. J.; SULLIVAN, D. H.; THOM, S.; TOMICANIC, M.; WALSTON, J.; WHITNEY, J. A.; WILLIAMS, J.; ZIEMAN, S.; SCHMADER, K. Chronic wound repair and healing in older adults: current status and future research. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 3, p. 427-438, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4582412/>. Acesso em: 19 mar. 2025.

HART, J.; SILCOCK, D.; GUNNIGLE, S.; CULLEN, B.; LUZ, N. D.; WATT, P. W. The role of oxidised regenerated cellulose/collagen in wound repair: effects in vitro on fibroblast biology and in vivo in a model of compromised healing. **The International Journal of Biochemistry & Cell Biology**, v. 34, n. 12, p. 1557-1570, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1357272502000626>. Acesso em: 23 maio 2025.

HEYER, K.; HERBERGER, K.; PROTZ, K.; GLAESKE, G.; AUGUSTIN, M. Epidemiology of chronic wounds in Germany: Analysis of statutory health insurance data. **Wound Repair and Regeneration**, v. 24, n. 2, p. 434-442, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26609788/>. Acesso: 23 maio 2025.

LANSDOWN, A. B. G. A review of the use of silver in wound care: facts and fallacies. **British Journal of Nursing**, v. 13, n. 6, p. S6-S19, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15126971/>. Acesso em: 23 maio 2025.

LIMOVÁ, M. Evaluation of two calcium alginate dressings in the management of venous ulcers. **Ostomy Wound Management**, v. 49, n. 9, p. 26-33, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14581707/>. Acesso em: 23 maio 2025.

LINO, V. T. S.; PEREIRA, S. R. M.; CAMACHO, L. A. B.; RIBEIRO FILHO, S. T.; BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2025.

LUZ, S. R.; LOPACINSKI, A. C., FRAGA, R. de; URBAN, C. de A. Úlcera de pressão. **Geriatrics & Gerontologia**, v. 4, n. 1, p. 36-43, 2010.

MADANCHI, N.; TABATABAEI-MALAZY, O.; PAJOUHI, M; HESHMAT, R.; LARIJANI, B.; MOHAJERI-TEHRANI, M.-R. Who are diabetic foot

patients? A descriptive study on 873 patients. **Journal of Diabetes and Metabolic Disorders**, v. 12, p. 36, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708818/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

MIRANDA, G. M.; MENDES, A. G.; SILVA, A. L. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 507-519, 2016.

O'BRIEN, J. J.; MOORE, Z.; CONNOLLY, B.; CONCANNON, F.; McLAIN, N.; STRAPP, H.; WILSON, P. Exploring the prevalence and management of wounds in an urban area in Ireland. **British Journal of Community Nursing**, v. 21, supl. 3, p. S12-S19, 2016.

OLIVEIRA, B. G. R. B.; CASTRO, J. B. A.; GRANJEIRO, J. M. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. **Revista de Enfermagem da Uerj**, v. 21, n. esp. 1, p. 612-617, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10035>. Acesso em: 09 abr. 2025.

PARKER, C. N.; FINLAYSON, K. J.; Shuter, P.; EDWARDS, H. E. Risk factors for delayed healing in venous leg ulcers: a review of the literature. **International Journal of Clinical Practice**, v. 69, n. 9, p. 967-977, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijcp.12635>. Acesso em: 22 mar. 2025.

SANTOS, V. L. C. G. AZEVEDO, M. A. J.; SILVA, T. S. da; CARVALHO, V. M. J.; CARVALHO, V. F. de. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 305-313, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a04.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2025.

SKERRITT, L.; MOORE, Z. The prevalence, aetiology and management of wounds in a community care area in Ireland. **British Journal of Community Nursing**, supl., p. S11-S17, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24912830/>. Acesso em: 11 abr. 2025.

SOUZA, D. M.; SANTOS, V. L. G. O. Incidence of pressure ulcers in the institutionalized elderly. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 37, n. 3, p. 272-276, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20386329>. Acesso em: 10 abr. 2025.

THOMAS, S. Hydrocolloid dressings in the management of acute wounds: a review. **International Wound Journal**, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-481X.2008.00541.x>. Acesso em: 23 maio 2025.

TORRES, G. de V.; COSTA, I. K. F.; MEDEIROS, R. K. as S.; OLIVEIRA, A. K. A. de; SOUZA, A. J. G de.; MENDES, F. R. P. Caracterização das pessoas com úlcera venosa no Brasil e Portugal: estudo comparativo. **Enfermería Global**, n. 32, p. 75-87, 2013. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt\\_clinica5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_clinica5.pdf). Acesso em: 14 maio 2025.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/09.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2025.

VIEIRA, C. P.; ARAÚJO, T. M. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03415, 2018.

WALKER, R. M.; GILLESPIE, B. M.; THALIB, L.; HIGGINS, N. S.; WHITTY, J. A. Foam dressings for treating pressure ulcers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6485618/>. Acesso em: 10 maio 2025.

WARRICK, J.; MORRISON, L.; DELCHAMBRE, J. Clinical efficacy of a silver impregnated activated charcoal wound dressing. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 30, n. 3, p. S23, 2003. Disponível em: [https://journals.lww.com/jwocnonline/fulltext/2003/05000/clinical\\_efficacy\\_of\\_a\\_silver\\_impregnated.85.aspx](https://journals.lww.com/jwocnonline/fulltext/2003/05000/clinical_efficacy_of_a_silver_impregnated.85.aspx). Acesso em: 23 maio 2025.

WERDIN, F.; TENNENHAUS, M.; SCHALLER, H.-E.; RENNEKAMPFF, H.-O. Evidence-based management strategies for treatment of chronic wounds. **Eplasty**, v. 9, p. e19, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691645/>. Acesso em: 23 abr. 2025.



# **GÊNERO, ENVELHECIMENTO E VIOLÊNCIA: UM OLHAR INTERSECCIONAL SOBRE A VULNERABILIDADE**

*Ana Carolina de Oliveira Lyrio<sup>25</sup>*

*Camila Ribeiro Teodoro<sup>26</sup>*

*Shirlena Campos de Souza Amaral<sup>27</sup>*

## **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

O envelhecimento populacional tem provocado transformações profundas nas dinâmicas sociais, políticas e econômicas, impondo novos desafios à garantia de direitos e à proteção das pessoas idosas. No entanto, o modo como o envelhecer é vivenciado por diferentes sujeitos não é homogêneo. Quando atravessado por marcadores como gênero, raça, classe social e orientação sexual, o envelhecimento revela desigualdades estruturais que impactam diretamente nas formas de acesso a cuidados, reconhecimento e dignidade. Entre os grupos mais afetados por essa desigualdade está o das mulheres idosas, cuja experiência é frequentemente marcada pela invisibilidade, pela violência simbólica e institucional e pela exclusão social cumulativa.

A violência contra a mulher idosa, por sua vez, configura-se como uma forma específica de violação de direitos humanos, ainda pouco compreendida nas políticas públicas e nos dispositivos de proteção. Essa violência assume múltiplas expressões física, psicológica, sexual, patrimonial e institucional, sendo agravadas por condições

---

25 Doutora em Políticas Sociais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Pedagoga. E-mail: anacarolinalyrio2@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2134278966763714>.

26 Mestranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Pedagoga. E-mail: camilariteodoro@gmail.com Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/6422903223670930>

27 Professora do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). E-mail: shirlenaUenf@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4323474960797731>.

como dependência econômica, isolamento social, baixa escolaridade e naturalização da submissão feminina. Apesar dos marcos legais existentes, como o Estatuto do Idoso e a Lei Maria da Penha, observa-se uma lacuna na implementação de políticas que articulem de forma consistente os eixos de gênero, idade e vulnerabilidade.

Neste cenário, a categoria analítica da interseccionalidade, proposta por Crenshaw (2002), mostra-se fundamental para compreender como as opressões interagem de maneira simultânea e estruturante na produção da exclusão social na velhice feminina. Adotar esse olhar implica reconhecer que as desigualdades não se somam de forma linear, mas se entrelaçam, gerando experiências únicas de marginalização. Assim, o presente capítulo propõe analisar, a partir de uma perspectiva interseccional, como as relações entre gênero, envelhecimento e violência produzem vulnerabilidades específicas para mulheres idosas no Brasil, com foco nos limites das políticas públicas e nas ausências de reconhecimento.

A metodologia adotada é de natureza qualitativa, com abordagem teórico-reflexiva, ancorada em revisão bibliográfica crítica. Foram mobilizados autores e autoras clássicos e contemporâneos dos campos dos estudos de gênero, gerontologia crítica, políticas públicas e interseccionalidade, além de documentos legais e normativos como o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. A análise se orienta pela articulação entre os aportes teóricos e os dados secundários disponíveis, buscando evidenciar a necessidade de políticas públicas sensíveis às múltiplas formas de desigualdade que atravessam a velhice feminina.

A análise dos dados revela que a população idosa tem sido sistematicamente exposta a situações de negligência e diversas formas de violência, ainda que existam importantes limitações na mensuração dessa realidade. Tais dificuldades se agravam quando a questão é observada sob a ótica racial, sobretudo pela escassez de informações que compromete a produção de estudos populacionais

voltados ao acesso a serviços, às condições de saúde e aos indicadores de mortalidade entre pessoas idosas negras, incluindo aquelas pertencentes a comunidades quilombolas. Ademais, observa-se que o principal marco legal utilizado para identificar violações de direitos o Estatuto da Pessoa Idosa parte de uma concepção homogênea da velhice, desconsiderando as desigualdades estruturais relacionadas à raça e ao gênero (Castro, 2023).

A relevância deste estudo reside na contribuição para o debate acadêmico e político sobre os direitos das mulheres idosas, reforçando a urgência de se pensar um cuidado ético, inclusivo e transformador, que considere a pluralidade das experiências de envelhecer e combata a invisibilização da velhice nos marcos da interseccionalidade.

### **AS INTERSECÇÕES ENTRE GÊNERO E ENVELHECIMENTO NAS EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA**

Alinhado às transformações globais, o Brasil se destaca com um perfil demográfico que reflete o crescimento da população idosa. De acordo com o Estatuto do Idoso (Brasil. Lei nº 10.741/2003), a definição dessa categoria é estabelecida a partir dos 60 anos. No que se refere especificamente às mulheres nessa faixa etária, o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (Raseam) (Brasil, 2025), embasado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2023), revela que o Brasil contava com uma população de 215,6 milhões de pessoas, sendo 110,3 milhões de mulheres e 105,3 milhões de homens. A análise da distribuição feminina por faixas etárias em 2022 tanto em nível nacional quanto entre povos e comunidades tradicionais aponta que 17,1% das mulheres eram idosas, com 14,4% na faixa de 60 a 79 anos e 2,7% com 80 anos ou mais.

O estudo realizado por Cerqueira e Bueno (2025) avaliou a garantia do direito ao envelhecimento a partir da análise de dois grupos populacionais negros e não negros, estratificados por sexo e Unidade

Federativa (UF), utilizando como parâmetros dois indicadores: a proporção da população idosa e a média de idade ao morrer. Os dados do Censo Demográfico de 2022 revelam que 58,1% dos jovens com menos de 30 anos eram negros (predominantemente homens), enquanto entre a população idosa apenas 47,8% se autodeclaravam negros percentual inferior aos 55,7% registrados no conjunto da população brasileira. Adicionalmente, constatou-se que 55,7% da população idosa brasileira era composta por mulheres, sendo que 54% destas não se autodeclaravam negras. Esses resultados evidenciam que o perfil do envelhecimento no Brasil apresenta predominância branca e feminina.

Neste contexto, evidencia-se que raça, gênero e classe social determinam o exercício desse direito, uma vez que o envelhecimento não constitui um processo homogêneo. Tal heterogeneidade reflete a formação social brasileira, marcada por padrões históricos de concentração de riqueza e desigualdades estruturais, inclusive no acesso a direitos sociais e à justiça, o que intensifica conflitos sociais.

Considerando a categoria raça, de acordo com as observações de Oliveira (2016), é possível entender que o Brasil pós-escravidão atravessou um fenômeno conhecido como “modernização sem mudanças”. Nesse cenário, a elite agrária preservou sua posição hegemônica, mantendo a posse da terra um direito solidificado desde 1850 pela Lei nº 601 (Lei de Terras), que assegurou a integridade dos grandes latifúndios e seu poder. Assim, os negros, ainda que libertos da escravidão, foram submetidos a um processo de descapitalização. Para as mulheres negras, a chegada de imigrantes resultou na continuidade de sua atuação em funções domésticas, que antes eram servis, mas agora passaram a ser remuneradas.

Sobre o termo “gênero”, a partir dos anos 1980 conquista-se legitimidade acadêmica ao demonstrar que atributos considerados “femininos” ou “masculinos” como a vinculação exclusiva da mulher à reprodução e do homem à força física são construções socioculturais, não determinações biológicas. Essa fundamentação teórica, conforme

Scott (1995), desnaturaliza essências e revela normas culturais como base das hierarquias de gênero.

Quanto à classe social, o estudo de Minayo (2005) revela como a desigualdade econômica estrutura a violência na velhice. A análise demonstra que os fatores de risco idade avançada, dependência em atividades de vida diária (AVDs), perda de autonomia e institucionalização são radicalmente agravados pela pobreza: idoso da classe trabalhadora, descapitalizados historicamente, conforme aponta Oliveira (2016). Essa realidade explicita que o envelhecimento no Brasil é moldado pela herança escravocrata de modo que raça, gênero e classe convergem para negar direitos, transformando a velhice pobre, em especial das mulheres negras, em ciclo de opressão material.

Nesse contexto, a violência doméstica emerge como expressão direta da violência de gênero, resultado da intersecção entre desigualdade racial e de gênero, conforme evidenciado por Oliveira (2016). Assim, Aragão e Sposato (2021) destacam que a violência contra mulheres tem raiz na desigualdade de gênero, base histórica que naturaliza a inferiorização feminina. A violência doméstica, contudo, revela uma variável crucial: o racismo. Essa intersecção demanda urgentemente estudos centrados na população negra, grupo majoritariamente violentado, mas persistentemente invisibilizado.

Como resposta institucional, surge a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) (Brasil, 2006) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), com o objetivo de coibir a violência contra mulheres e idosos. Ambos os instrumentos legais buscam, além da punição do agressor, conscientizá-lo sobre a ilicitude de seus atos, reafirmando que tais condutas não são social ou juridicamente toleráveis.

Sobre a violência doméstica contra mulheres idosas no Brasil, o estudo de Silva, Loreto e Ramos (2020) identifica que 12% da população idosa sofre violências psicológica, física, financeira, por abandono ou negligência, geralmente cometidas por pessoas de sua confiança, como filhos. A pesquisa aponta ainda que o perfil predominante das

vítimas é feminino (acima de 75 anos), com características como dependência, vulnerabilidade e passividade.

Cerqueira e Bueno (2025) enriquecem a discussão ao evidenciar que os feminicídios no Brasil, mortes decorrentes de discriminação de gênero, tipificadas pela Lei nº 13.104/2015, ocorrem majoritariamente no espaço doméstico. Em 2023, 68,2% dessas mortes (2.662 casos) vitimaram mulheres negras. Entretanto, a violência contra idosas negras expõe uma lacuna analítica quanto ao recorte étnico-racial, estratégia discriminatória que invisibiliza demandas específicas desse grupo e intensifica padrões violentos mais agudos e frequentes.

Sobre as consequências da violência contra a pessoa idosa, Vitorino (2021) ressalta que ela pode ocasionar graves danos à saúde física e psicológica, configurando-se como um problema de saúde pública. Essa situação agrava-se, conforme destacam Lopes e Holanda (2023), pela vulnerabilidade socioeconômica de mulheres idosas. Historicamente excluídas, a maioria não teve trabalho remunerado na vida adulta, apresenta maior probabilidade de viuvez e desvantagem econômica, além de enfrentar períodos prolongados de fragilização física antes do óbito.

Conclui-se esta seção destacando que, conforme Aragão e Sposato (2021), a mulher negra idosa constitui-se como grupo mais vulnerável à violência que a branca, exigindo-se tal recorte para a construção de uma democracia do cuidado. Reconhece-se, portanto, o direito ao cuidado como elemento central à prática democrática. Nesse contexto, destaca-se a Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2023, que institui a Política Nacional de Cuidados do Brasil. Esta visa combater desigualdades estruturais no acesso ao cuidado, reconhecendo a diversidade de cuidadores e cuidados incluindo idosos que necessitam de apoio para atividades básicas e instrumentais da vida diária.

## **A INVISIBILIDADE DA MULHER IDOSA: GÊNERO, IDADE E EXCLUSÃO SOCIAL**

*A invisibilidade da mulher idosa: gênero, idade e exclusão social no Brasil*, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 garante em seu artigo 1º, inciso III a garantia da dignidade da pessoa humana, e refletir sobre o envelhecimento humano e suas garantias estão diretamente relacionados a essa dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, vale ressaltar o conceito de envelhecimento humano abordado pela Organização Mundial Saúde (OMS) que se refere da seguinte maneira: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Ou seja, a dignidade desses indivíduos deve ser assegurada pelo Estado, não somente através de políticas públicas voltadas para os tratamentos de doenças, mas sim, para garantir toda a assistência no processo de envelhecimento dessas pessoas idosas.

O princípio da autonomia deu-se como validado na Carta dos Direitos dos Enfermos dos hospitais privados nos Estados Unidos a partir dos anos de 1972. Assim, esse princípio começou a ter domínio em outros países, incluindo o Brasil, que também elaborou sua própria Carta, defendendo quatro princípios fundamentais, sendo eles: direito à vida, à assistência sanitária, à informação e à morte digna.

Pensar sobre a pessoa idosa nos remete também a todo cidadão que possui direitos e deveres desde o seu nascimento, como explicitado pela Constituição de 1988 e também pelo Código Civil Brasileiro de 2002 que, em suma, o cidadão brasileiro apresenta diferentes direitos fundamentais e deveres que foram definidos a partir da redemocratização da década de oitenta, do século passado. Embora a invisibilidade da mulher idosa na sociedade brasileira revele um cruzamento de opressões estruturais marcadas por gênero, idade, classe e, em muitos casos, raça; embora o envelhecimento seja um fenômeno demográfico cada vez mais expressivo, a forma como ele incide sobre as mulheres ainda carece de reconhecimento nas esferas política, social e institucional. Trata-se de uma invisibilidade que não

se restringe à ausência de políticas específicas, mas que se manifesta no cotidiano como desvalorização, silêncio e exclusão simbólica.

A noção de invisibilidade social pode ser compreendida a partir das contribuições de Pierre Bourdieu (2001), ao discutir o conceito de violência simbólica. Segundo o autor, certos grupos são sistematicamente excluídos dos espaços de prestígio e reconhecimento, não por imposição direta, mas por uma ordem simbólica que naturaliza sua exclusão. No caso das mulheres idosas, essa exclusão é duplamente marcada: pelo gênero e pela idade. Como enfatiza Saffioti (2004, p. 94), “a mulher idosa é uma figura que desaparece da esfera pública e privada porque deixa de ser funcional para a lógica patriarcal que valoriza a juventude e a sexualidade reprodutiva”.

A essa forma de exclusão específica baseada na idade dá-se o nome de **etarismo**. Conceituado por Butler (1980) como *ageism*. O etarismo consiste em atitudes preconceituosas, práticas discriminatórias e estruturas institucionais que marginalizam as pessoas em função de sua idade, especialmente no envelhecimento. Essa forma de opressão é ainda mais violenta quando dirigida às mulheres, pois incide sobre um corpo que já é socialmente disciplinado e objetificado desde a juventude. Beauvoir (1990), em sua obra clássica “*A velhice*”, adverte que a mulher idosa sofre uma espécie de “dupla morte simbólica”: primeiro por ser mulher em uma sociedade patriarcal, e depois por envelhecer em um sistema que cultua a juventude e a produtividade.

O envelhecimento feminino, portanto, é atravessado por uma profunda desigualdade de gênero. Hirata (2014) destaca que a divisão sexual do trabalho, tanto no mercado formal quanto nas tarefas de cuidado não remuneradas, impõe às mulheres jornadas acumuladas que geram impactos na aposentadoria, na saúde e na autonomia econômica na velhice. Além disso, como observa Camarano (2016), a feminização da velhice é um dado demográfico relevante: as mulheres vivem mais, mas em piores condições sociais, com maior incidência de solidão, doenças crônicas e dependência funcional.

A exclusão social da mulher idosa também está associada à negação de reconhecimento, tal como descrita por Nancy Fraser

(2008), que distingue duas dimensões fundamentais da justiça: redistribuição e reconhecimento. A autora aponta que as injustiças culturais ocorrem quando determinados grupos são desvalorizados ou desconsiderados em sua diferença. No caso das mulheres idosas, essa desvalorização se manifesta tanto na ausência de políticas públicas específicas quanto na representação social da velhice como um tempo de improdutividade e decadência.

Por fim, é importante considerar que a mulher idosa, especialmente quando negra, pobre ou periférica, enfrenta uma condição de exclusão complexa, que vai além da falta de acesso material. Como afirmam Silveira e Carvalho (2020, p. 112), “a invisibilidade dessas mulheres é reforçada pela ausência de dados com recorte interseccional e pela inexistência de políticas que reconheçam suas especificidades”. A superação desse quadro requer não apenas a ampliação de políticas de proteção, mas a transformação das estruturas sociais e discursivas que sustentam a marginalização da velhice feminina.

### **POLÍTICAS PÚBLICAS E OS DESAFIOS DA PROTEÇÃO INTERSECCIONAL NA VELHICE**

O debate sobre políticas públicas voltadas à população idosa no Brasil tem se intensificado nas últimas décadas, especialmente após a promulgação do Estatuto do Idoso (Brasil. Lei nº 10.741/2003), que consolidou importantes garantias legais para esse grupo. Contudo, apesar dos avanços normativos, a formulação e a implementação de políticas que considerem as múltiplas dimensões da desigualdade como gênero, raça, classe e orientação sexual ainda enfrentam limitações estruturais. A persistência de um modelo universalista e pouco sensível à diversidade das experiências de envelhecer contribui para a invisibilização de grupos historicamente marginalizados, como mulheres idosas negras, indígenas, LGBTQIA+ e em situação de pobreza.

A interseccionalidade, conceito desenvolvido por Kimberlé Crenshaw (2002), oferece um referencial fundamental para compreender como diferentes sistemas de opressão atuam simultaneamente na constituição das desigualdades. Ao analisar os efeitos combinados do racismo e do sexismo, Crenshaw argumenta que “a experiência das mulheres negras não pode ser entendida a partir de um modelo que separa raça e gênero como categorias mutuamente exclusivas” (Crenshaw, 2002, p. 177). No caso da velhice, esse enfoque é essencial para compreender como determinadas mulheres idosas, marcadas por múltiplos eixos de exclusão, tornam-se ainda mais vulneráveis diante da omissão estatal.

Entretanto, as políticas destinadas à população idosa ainda tendem a adotar uma abordagem homogênea, negligenciando as especificidades de grupos que vivenciam formas agravadas de vulnerabilidade. O Estatuto do Idoso, embora represente um marco legal relevante, pouco avança na consideração de marcadores interseccionais. De modo semelhante, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria nº 2.528/2006, focaliza prioritariamente aspectos biomédicos e não contempla, de forma sistemática, os impactos do racismo, do sexismo e da LGBTfobia sobre a saúde e o bem-estar na velhice.

Embora representem avanços normativos, documentos como o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa ainda carecem de dispositivos que incorporem a diversidade da população idosa em sua totalidade. Como observa Hirata (2014), a interseccionalidade permite “identificar os entrelaçamentos e sobreposições entre as categorias sociais que estruturam desigualdades” (Hirata, 2014, p. 62), algo pouco explorado na maioria das políticas públicas destinadas ao envelhecimento. Essa lacuna contribui para a produção de um sujeito idoso idealizado, desprovido de marcadores sociais, o que impede a construção de ações afirmativas voltadas às idosas negras, pobres, indígenas e LGBTQIA+.

Essa ausência se revela de forma particularmente grave no enfrentamento da violência. Saffioti (2004) já alertava que “a

violência contra a mulher idosa é uma das expressões mais perversas do patriarcado e da misoginia, pois conjuga a inferiorização do feminino com o desprezo pela velhice” (Saffioti, 2004, p. 91). A falta de políticas que reconheçam essas interseções resulta em estruturas de atendimento que falham em identificar e acolher adequadamente as vítimas. Serviços como Cras e Creas, embora fundamentais, ainda operam com protocolos generalistas, desconsiderando a complexidade das violências interseccionais.

Além disso, a precariedade da rede de acolhimento institucional e a escassez de dados desagregados dificultam a construção de respostas eficazes. Como destacam Silveira e Carvalho (2020, p. 110), “a ausência de estatísticas com recorte interseccional sobre a velhice visibiliza realidades e impede a formulação de políticas assertivas”. O acesso à justiça também é comprometido por múltiplas barreiras físicas, econômicas, simbólicas que silenciam as denúncias e naturalizam o sofrimento de muitas mulheres idosas.

Diante desse cenário, é necessário pensar políticas públicas que reconheçam as velhices plurais, como propõe Carvalho (2011), que enfatiza a importância de “uma abordagem do envelhecimento sensível às desigualdades acumuladas ao longo da vida e aos diferentes modos de ser e envelhecer” (p. 46). Isso implica ir além das garantias formais e pensar dispositivos concretos de proteção social com base em uma lógica interseccional, democrática e participativa.

Nesse contexto, torna-se urgente a reformulação das políticas públicas com base em uma perspectiva interseccional que reconheça as velhices múltiplas e a diversidade de trajetórias que marcam o processo de envelhecimento. Isso implica não apenas ajustes pontuais nas legislações existentes, mas uma transformação na lógica de produção das políticas, com maior participação social, formação de profissionais sensíveis às desigualdades estruturais e mecanismos de controle social que garantam a centralidade da dignidade e da justiça no cuidado à pessoa idosa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise interseccional apresentada, conclui-se que a violência contra mulheres idosas no Brasil, especialmente aquelas negras e em situação de pobreza, constitui um fenômeno estrutural profundamente enraizado na herança escravocrata, no patriarcado e nas desigualdades de classe. Os dados revelam que a sobreposição dessas opressões se manifesta na histórica privação de recursos, na feminização da pobreza na velhice e na invisibilidade institucional, transformando o envelhecimento em um ciclo de vulnerabilidades cumulativas: 68,2% dos feminicídios vitimam mulheres negras, 12% das idosas são alvo de violência doméstica, e a ausência de políticas públicas com abordagem interseccional as mantém excluídas dos sistemas de proteção.

Para romper com essa lógica excludente, é necessário reformular políticas públicas como o Estatuto do Idoso e a Lei Maria da Penha, incorporando uma perspectiva que reconheça as múltiplas formas de opressão enfrentadas por mulheres idosas negras. Dessa forma, torna-se urgente a efetivação da Política Nacional de Cuidados com ações afirmativas voltadas especificamente a esse grupo, assegurando acesso digno às redes de apoio. O enfrentamento da violência simbólica requer ainda o reconhecimento de identidades historicamente silenciadas e a produção sistemática de dados desagregados por raça, gênero e classe, a fim de desconstruir estereótipos e embasar políticas públicas mais justas. Somente quando o Estado assumir o compromisso de cuidar das idosas mais marginalizadas como um ato fundamental de justiça social, a dignidade na velhice será reconhecida como um direito universal, e não como um privilégio.

## REFERÊNCIAS

ARAGÃO, V. L.; SPOSATO, K. B. Da violência doméstica contra a mulher negra no Brasil à democracia do cuidado. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, v. 7, n. 2, p. 77-92, 2021. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/8264>. Acesso em: 22 fev. 2025.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Tradução: Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 8 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2023**. Institui a Política Nacional de Cuidados do Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. extra, 26 dez. 2023. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l15069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l15069.htm). Acesso em: 8 jun. 2025.

BRASIL. Ministério das Mulheres, Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. **Relatório anual socioeconômico da mulher**: Raseam, ano 7, mar. 2025. Brasília: Observatório Brasil da Igualdade de Gênero/MMULHERES, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/raseam-2025.pdf>. Acesso em: 15 de abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www>.

planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 7 maio 2025.

BUTLER, Robert N. **Ageism**: a foreword. *Journal of Social Issues*, v. 36, n. 2, p. 8-11, 1980. Disponível em: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>. Acesso em: 31 maio 2025.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CARVALHO, M. C. de. Velhices plurais: desafios para a política pública na contemporaneidade. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 43-56, 2011.

CASTRO, A. S. Velhice, raça e interseccionalidade: desafios para a efetivação dos direitos da pessoa idosa negra no Brasil. **Revista Brasileira de Gerontologia**, v. 26, n. 1, p. 1-18, 2023.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da violência 2025**. Brasília: Ipea; FBSP, 2025. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>. Acesso em: 18 maio 2025.

CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relacionados ao Gênero. In: CRENSHAW, K. **Violência racista, patriarcado e interseccionalidade**. Tradução de D. A. Ferreira. Brasília: Cepia/Unifem, p. 175-184, 2002.

FRASER, N. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. In: FRASER, N. **Redistribuição ou reconhecimento?** Uma controvérsia político-filosófica. Rio de Janeiro: UFRJ, p. 17-112, 2008.

HIRATA, H. Gênero, interseccionalidade e teoria social. **Revista Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-473, 2014.

LOPES, L. M.; HOLANDA, J. M. C. Etarismo Estrutural Feminino e a importância das políticas públicas de enfrentamento ao preconceito contra a mulher idosa no Brasil. **Virtuajus**, v. 8, n. 15, p. 55-70, 2023. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/virtuajus/article/view/31997>. Acesso em: 24 maio 2025.

MINAYO, M. C. S. **Violência contra idosos**: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2. ed., 2005. Disponível em: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/Violencia-contra-idosos.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2025.

OLIVEIRA, I. C. **Mulheres negras idosas**: a invisibilidade da violência doméstica. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: [https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/PUC\\_SP-1\\_b654b6fef830d403ea4424c4e8312d22](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/PUC_SP-1_b654b6fef830d403ea4424c4e8312d22). Acesso em: 7 maio 2025.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero e feminismo no Brasil: contribuições teóricas e políticas. **Cadernos Pagu**, n. 22, p. 89-116, 2004.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SILVA, A. O.; LORETO, M. D. S.; RAMOS, R.C. B. A violência contra as mulheres idosas: tipicidade, características e significados. **Revista Arquivos de Saúde**, v. 5, p. 243-257, 2020. Disponível em: <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/76>. Acesso em: 6 jun.2025.

SILVEIRA, P. A.; CARVALHO, A. L. Velhice, interseccionalidade e políticas públicas: limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra a mulher idosa. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 10, n. 1, p. 105-121, 2020.

VITORINO, J. P. F. Estudos sobre a violência doméstica contra as mulheres idosas no Brasil: do simbólico ao letal. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, n. 66, p. 6437-6452, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1657>. Acesso em: 24 maio 2025.

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO IDOSO NO SÉCULO XXI: INOVAÇÕES E DESAFIOS NA ERA DIGITAL

*Ana Paula Borges de Souza*<sup>28</sup>

*Lidiane Silva Torres*<sup>29</sup>

*Eliana Crispim Franca Luquetti*<sup>30</sup>

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento populacional é um fenômeno que reflete profundas transformações demográficas e socioeconômicas, decorrentes de um processo histórico caracterizado pela redução das taxas de fecundidade e mortalidade, associado ao aumento expressivo da expectativa de vida (Dias; Costa; Lacerda, 2019). Este cenário resulta diretamente dos avanços na medicina, no acesso aos serviços de saúde, na ampliação da cobertura vacinal e na adoção de tecnologias que impactam positivamente a qualidade de vida das populações (Andrade *et al.*, 2018; Nascimento, 2020).

No Brasil, essa dinâmica se tornou evidente a partir da década de 1970, quando a estrutura etária do país passou por uma inflexão relevante em que a pirâmide populacional, anteriormente marcada por uma base larga e um topo estreito, começou a apresentar um estreitamento significativo da base, reflexo da redução da população

---

28 Médica. Doutoranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Atua no Hospital São Vicente de Paulo, em Campos dos Goytacazes (RJ). E-mail: anapaulaborgesalternativo@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1020489706601437>.

29 Assistente Social. Doutoranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Mestre em Cognição e Linguagem (Uenf). Atua no Programa da Terceira Idade da Uenf, com experiência em Serviço Social da Saúde. E-mail: lidiholly@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8310471731226456>.

30 Professora associada da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Pós-doutora em Cognição e Linguagem. Doutora e Mestra em Linguística pela UFRJ. E-mail: elinafff@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4258691322564450>.

jovem, acompanhado do crescimento progressivo de pessoas idosas (Oliveira, 2016; Pissaia; Thomas, 2016). Este fenômeno, que avança de forma acelerada nas últimas décadas, impõe aos sistemas de saúde, especialmente à Atenção Primária, a necessidade de reconfiguração dos modelos de cuidado, capazes de responder de maneira efetiva às novas demandas sanitárias, sociais e tecnológicas que acompanham o processo de envelhecimento (Medeiros *et al.*, 2017).

Além da mudança no perfil demográfico, estudos como o de Souza *et al.* (2022) destacam que o envelhecimento populacional brasileiro está profundamente relacionado a desigualdades socioeconômicas, que repercutem diretamente sobre as condições de saúde e o acesso aos serviços, sobretudo na atenção primária. Idosos pertencentes às camadas socioeconômicas mais baixas apresentam, de forma consistente, piores indicadores de saúde, maior limitação funcional e menor utilização dos serviços de saúde, quando comparados àqueles em melhores condições socioeconômicas (Schenker; Costa, 2019).

Esse cenário reflete as disparidades históricas na distribuição de renda e no acesso aos determinantes sociais da saúde, além de evidenciar que a precarização do cuidado no envelhecimento é profundamente condicionada por variáveis estruturais como escolaridade, local de moradia, raça e renda domiciliar (Lopes *et al.*, 2024). A combinação desses fatores se traduz em maiores taxas de morbidade, incapacidades físicas, menor adesão às práticas preventivas e maior dependência dos serviços públicos subfinanciados e desigualmente distribuídos (Carvalhaes; Chor, 2016).

No contexto da atenção primária, esses desafios se tornam ainda mais expressivos, uma vez que a ausência de recursos tecnológicos, de integração digital dos sistemas e de profissionais qualificados para atuar com foco nas complexidades do envelhecimento agrava a dificuldade de ofertar um cuidado que seja, de fato, longitudinal, integral e centrado nas necessidades dessa população (Medeiros *et al.*, 2017; Schenker; Costa, 2019).

Apesar de todos os avanços tecnológicos e científicos que marcaram as últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro, especialmente na atenção primária, ainda segue operando sob uma lógica assistencial profundamente desalinhada com as reais demandas da população idosa. Não faltam consensos, documentos e discursos que defendem a necessidade de reorganizar o cuidado, de qualificar os serviços e de colocar a pessoa idosa no centro das práticas. O problema, como bem demonstram diversos estudos recentes, é que isso, na prática, simplesmente não acontece.

Seguimos insistindo em modelos centrados na doença, em intervenções fragmentadas, na supervalorização dos procedimentos e na desvalorização daquilo que, de fato, garante qualidade de vida: o acompanhamento contínuo, a prevenção e o cuidado coordenado. Se não há mudança na maneira de cuidar, o que se observa é a repetição de um ciclo perverso: mais internações, mais custos, mais dependência e menos qualidade de vida.

A literatura evidencia que a ausência de integração entre os setores de saúde e assistência social fragiliza a continuidade do cuidado e amplia a vulnerabilidade dos idosos frente às limitações funcionais e às condições crônicas. A incorporação de tecnologias digitais, embora promissora, ainda carece de equidade no acesso e efetividade na sua aplicação em territórios de alta vulnerabilidade, sobretudo em países de média e baixa renda.

O fato é que não há mais espaço para postergações. O envelhecimento populacional já é uma realidade e não cabe mais discutir se o modelo precisa ser alterado, mas sim como colocá-lo em prática. Todos os dados estão à mesa, os consensos existem, e as diretrizes também. O problema continua sendo o abismo entre o discurso e a prática, como tão bem alerta Veras (2024) quando questiona: “Se todos debatem esse tema e as soluções já estão presentes nas mesas de decisão, por que a situação permanece inalterada?”.

É neste contexto que este capítulo se propõe a refletir sobre quais são, de fato, os desafios, as limitações e as possibilidades de inovação dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) da pessoa idosa,

especialmente diante das transformações que a era digital impõe. Mais do que isso, busca-se compreender se estamos realmente preparados para incorporar essas mudanças no cuidado, na organização dos serviços e na própria cultura profissional.

## **INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS NO CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Nas últimas décadas, a APS tem sido convocada a responder a desafios cada vez mais complexos diante do envelhecimento populacional, especialmente no que diz respeito à incorporação de tecnologias que possam garantir maior eficiência, continuidade e humanização do cuidado (Medeiros *et al.*, 2017). O uso de inovações digitais, como a telessaúde, os prontuários eletrônicos, os sistemas de informação integrados e os aplicativos de monitoramento remoto, tem sido cada vez mais incentivados nas políticas públicas e discutidos na literatura científica, sobretudo como ferramentas capazes de ampliar o acesso e melhorar a gestão do cuidado (Schenker; Costa, 2019).

No contexto brasileiro, a Estratégia Saúde da Família, por meio do programa Previne Brasil, impulsionou a informatização da APS, alcançando mais de 35 mil equipes com uso de prontuário eletrônico e gerando o maior banco de dados clínicos e demográficos do mundo, via Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) (Harzheim *et al.*, 2022). Essa transformação digital busca superar dificuldades históricas, como a fragmentação do cuidado, a baixa resolutividade e a ausência de dados integrados sobre os usuários, especialmente os idosos (Passos, 2019).

Estudos como os de Veras (2009) e Oliveira *et al.* (2020) mostram que a adoção de tecnologias na APS voltada ao público idoso pode melhorar a adesão ao tratamento, reduzir hospitalizações e ampliar o vínculo entre equipes e pacientes. No entanto, dados como os publicados por Zacharias *et al.* (2017) destacam que o uso dessas tecnologias ainda esbarra na exclusão digital de grande parte da

população idosa, que enfrenta barreiras relacionadas ao acesso, ao letramento digital e à falta de familiaridade com ferramentas eletrônicas. A presença do analfabetismo digital, somada à ausência de infraestrutura em muitos territórios, compromete a efetividade dessas inovações (Alvim; Rocha; Chariglione, 2017).

Além disso, é necessário destacar que o simples uso de ferramentas digitais não garante, por si só, a melhoria da qualidade do cuidado. A literatura é enfática ao apontar que a efetividade dessas inovações depende da capacitação das equipes, da integração entre setores e da presença de estratégias centradas na pessoa idosa, respeitando sua autonomia, preferências e capacidade funcional (OMS, 2015; Brasil, 2018).

Assim, mais do que incorporar tecnologias, a APS deve promover um uso ético, acessível e humanizado dessas ferramentas, garantindo que o cuidado ao idoso continue sendo guiado por vínculos, escuta qualificada e planejamento interdisciplinar. Quando bem aplicadas, as inovações tecnológicas representam não apenas um suporte técnico, mas uma possibilidade concreta de reorganizar o cuidado em direção a uma APS mais equitativa e resolutiva.

### **DESIGUALDADES E BARREIRAS NA INTEGRAÇÃO DIGITAL DOS SERVIÇOS**

Falar em tecnologia na APS pode até parecer um discurso moderno, mas a realidade mostra algo bem diferente. Sabe-se que não basta ter a ferramenta se ela não chega a quem realmente precisa. É fato que há um avanço quando olhamos o papel da tecnologia na saúde, mas quem trabalha no território, quem está no serviço, sabe que o abismo entre o discurso e a prática é enorme. Veras (2024) já deixou muito claro que “os recursos são usados inadequadamente”, e isso se agrava ainda mais quando olhamos para os idosos que, além de todas as limitações naturais do envelhecimento, agora enfrentam também as barreiras do mundo digital.

O problema não é só acesso. Sieck *et al.* (2021) afirmam que o desafio vai muito além. Não é só ter um celular, um computador ou uma internet. É saber usar, é entender, é confiar. Quem acompanha o dia a dia das unidades sabe que nem os próprios profissionais se sentem preparados muitas vezes para lidar com esses sistemas. Kebede *et al.* (2022) reforçam isso quando dizem que, para que o digital funcione, precisa que três coisas estejam muito bem amarradas: suporte técnico, capacitação contínua e sistemas que sejam de fato acessíveis.

Vale ressaltar que não se trata de uma descoberta recente. Oliveira *et al.*, (2015) e Lisboa *et al.* (2023) já mostravam que a telessaúde no Brasil esbarra em limitações estruturais, técnicas e até culturais. As UBS, principalmente nas regiões mais vulneráveis, operam, na maioria das vezes, com prontuário em papel ou sistemas que sequer conversam entre si. A interoperabilidade, que deveria ser a base para um cuidado coordenado, praticamente não existe. Dambha-Miller *et al.* (2021) foram categóricos ao afirmar que sem essa integração o que acontece é a reprodução, agora em formato digital, da mesma fragmentação que já existe no modelo presencial.

Quando a Estratégia de Saúde Digital do Brasil olha e projeta uma saúde moderna, conectada e eficiente, parece esquecer que o problema não é só tecnologia. É estrutura, é gestão, é formação de profissionais, é desigualdade social que atravessa tudo isso. E aí fica aquele alerta que Veras (2024) tão bem coloca: não adianta querer modernizar um modelo que já não funciona. Se não mudar a lógica do cuidado, se não sair da visão hospitalocêntrica e da assistência episódica, apenas digitalizaremos os mesmos erros de sempre.

Portanto, quando falamos de integração digital na saúde, é fundamental entender que tecnologia sozinha não resolve. Pelo contrário, se não for bem implementada, ela pode até aumentar as desigualdades. O que deveria ser uma ponte, acaba virando um muro. E quem fica do lado de fora, mais uma vez, é quem mais precisa: a população idosa, dependente dos serviços públicos, dos territórios e dos profissionais que, muitas vezes, não têm o suporte e a formação necessária para atender essa população.

## **DESAFIOS E CAMINHOS PARA UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DIGITAL, HUMANIZADA E EQUITATIVA**

Falar em transformação digital na APS exige, antes de tudo, reconhecer que os desafios vão muito além da aquisição de tecnologias ou da simples implementação de sistemas. Eles estão, na verdade, profundamente enraizados nas próprias formas como o trabalho em saúde está organizado, nos modos de gestão, nas competências dos profissionais e nas condições estruturais dos territórios (Rodrigues *et al.*, 2025).

Se por um lado há políticas e programas robustos no papel, como a Estratégia de Saúde Digital 2020-2028, o Informatiza APS e o Conecte SUS, por outro, a realidade cotidiana das UBS revela uma série de entraves concretos. A ausência de conectividade estável, a baixa interoperabilidade entre sistemas e a fragilidade na formação digital dos profissionais são alguns dos elementos que continuam reproduzindo a fragmentação do cuidado, mesmo em um cenário cada vez mais digital (Passos *et al.*, 2024; Saraiva *et al.*, 2021).

A literatura é clara ao apontar que a adoção da saúde digital, quando não acompanha investimentos em infraestrutura, formação e reorganização dos processos de trabalho, não apenas falha, como também pode aprofundar desigualdades já existentes (Lehne *et al.*, 2019; Botrugno; Zózimo, 2020). E isso se torna ainda mais crítico quando pensamos na população idosa, que frequentemente enfrenta múltiplas barreiras sociais, econômicas, cognitivas e tecnológicas para acessar os serviços de saúde.

Mas não se trata apenas de problemas. Existem sim caminhos concretos. Estudos realizados tanto no Brasil quanto em Portugal demonstram que experiências bem-sucedidas na implementação da saúde digital estão diretamente associadas à criação de redes de suporte técnico, à formação continuada dos trabalhadores, ao fortalecimento da telessaúde como ferramenta de apoio (e não como substituição do cuidado), e à garantia de uma gestão integrada, capaz

de articular tecnologia, pessoas e processos (Rodrigues *et al.*, 2025; Honey; Wright, 2018).

A formação profissional aparece, inclusive, como eixo central. Como destacam Modesto *et al.* (2023) e Kaihlanen *et al.* (2023), não há transformação digital possível sem trabalhadores preparados para lidar com essas mudanças. E não se trata apenas de aprender a usar sistemas, mas de compreender como essas tecnologias se inserem no processo de cuidado, na gestão dos territórios, no acompanhamento longitudinal e na promoção da autonomia dos usuários.

Além disso, a literatura também alerta para o risco de que a digitalização, se não vier acompanhada de uma visão crítica e de políticas regulatórias consistentes, pode ser apropriada por lógicas mercantilistas, ampliando o controle, a vigilância sobre o trabalho e os trabalhadores, e distanciando ainda mais os serviços das necessidades reais da população (Botrugno; Zózimo, 2020; Schueller, 2021).

Trata-se de uma transformação que coloque a pessoa no centro, fortaleça o vínculo, reconheça o território como um espaço vivo de produção de saúde e utilize a tecnologia não como um fim em si, mas como um meio para qualificar, humanizar e tornar o cuidado mais resolutivo e equitativo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, torna-se evidente que a digitalização na APS, embora inevitável, não pode ser dissociada das realidades territoriais e das condições concretas do trabalho em saúde. A incorporação de tecnologias, quando não são acompanhadas de investimento em infraestrutura, qualificação das equipes e reorganização dos processos de trabalho, tende a não resolver os problemas estruturais já existentes, podendo, inclusive, aprofundar desigualdades históricas, especialmente entre populações mais vulneráveis.

Conforme discutido na literatura, os melhores resultados em saúde digital são observados quando a tecnologia está alinhada

a processos bem estruturados, capazes de fortalecer vínculos, promover escuta qualificada e potencializar o trabalho colaborativo. Dessa forma, é possível afirmar que a centralidade do cuidado deve permanecer nas pessoas, e não nos sistemas.

Conclui-se, portanto, que a transformação digital no SUS só será efetiva e ética se for guiada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, considerando as especificidades dos territórios e das populações. Inovações tecnológicas, quando não orientadas por esses princípios, tendem a reproduzir as mesmas contradições históricas que o próprio SUS se propôs a enfrentar desde sua criação.

## REFERÊNCIAS

ALVIM, Kelly Cristina Barbosa Levi; DE SOUSA ROCHA, Fernanda; CHARIGLIONE, Isabelle Patrícia Freitas Soares. O idoso e o uso da tecnologia—uma revisão sistemática da literatura. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 295-313, 2017.

ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. de S.; SÁ, E. B. de; PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S.; VIEIRA, R. da S.; BENEVIDES, R. P. de S. e. Desafios do sistema de saúde brasileiro. **Desafios da nação: artigos de apoio**, v. 1, p. 357-414, 2018.

BOTRUGNO, Carlo; ZÓZIMO, Joana R. A difusão da telemedicina em Portugal: dos benefícios prometidos aos riscos de um sistema de cuidados a duas velocidades. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 93, p. 89-107, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARVALHAES, Flavio; CHOR, Dóra. Posição socioeconômica, idade e condição de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 31, n. 92, p. e319207, 2016.

DAMBHA-MILLER, H.; SIMPSON, G.; HOBSON, L.; RODERICK, P.; PEQUENO, P.; EVRITT, H.; SANTER, M. Integrated primary care and social services for older adults with multimorbidity in England: a scoping review. **BMC geriatrics**, v. 21, p. 1-24, 2021.

DIAS, Cláudio Santiago; COSTA, Carolina Souza; LACERDA, Marisa Alves. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da Re bep. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 9, p. 7-24, 2019.

HARZHEIM, E.; D'ÁVILA, O. P.; PEDEBOS, L. A.; WOLLMANN, L.; COSTA, L. G. M.; CUNHA, C. R. H. da.; MOURA, L. N. de.; MINEI, T.; FALLER, L. de A. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 02, p. 609-617, 2022.

HONEY, Michelle; WRIGHT, Jane. Nurses developing confidence and competence in telehealth: results of a descriptive qualitative study. **Contemporary Nurse**, v. 54, n. 4-5, p. 472-482, 2018.

KAIHLANEN, A.-M.; LAUKA, E.; NADAV, J.; NÄRVÄNEN, J.; SAUKKONEN, P.; KOIVISTO, J. The effects of digitalisation on health and social care work: a qualitative descriptive study of the perceptions of professionals and managers. **BMC health services research**, v. 23, n. 1, p. 714, 2023.

KEBEDE, A. S.; OZOLINS, L.-L.; HOLST, H.; GALVIN, K. Digital engagement of older adults: scoping review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 24, n. 12, p. e40192, 2022.

LEHNE, M.; SASS, J.; ESSENWANGER, A.; SCHEPERS, J.; THUN, S. Why digital medicine depends on interoperability. **NPJ digital medicine**, v. 2, n. 1, p. 79, 2019.

LISBOA, K. O.; HAJJAR, A. C.; SARMENTO, I. P.; SARMENTO, R. P.; GONÇALVES, S. H. R. A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 32, 2023.

LOPES, M. G. P.; SILVA, F. D. da; MARTÍNEZ, Y. A.; RODRIGUES, M. A.; RODRIGUES, B. L. P.; CHAVES, M. R. F.; FRANCO, D. C. G.; GUIMARÃES, I. O.; SILVA, R. T. A.; SOUZA, G. H. G.; LAURINDO, J. V.; SILVA, M. M.; SANTOS, G. F. dos; SANTOS, A. M. M. dos; SILVA, F. M. V. de M. Envelhecimento populacional: Desafios e estratégias na integração da geriatria com a saúde coletiva. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 1, p. 114-123, 2024.

MEDEIROS, K. K. A. S.; PINTO JÚNIOR, E. P.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M. G. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em debate**, v. 41, p. 288-295, 2017.

MODESTO, L. D. J. B.; OLIVEIRA, C. A. P.; DE SOUZA GASPAR, J.; FERLINI, A.; DE SOUZA, A. C.; DE MELO MATOS, R. W.; DOS SANTOS, S. D. L. V. Prospecção de Cursos em Saúde Digital no Brasil. **Journal of Health Informatics**, v. 15, n. Especial, 2023.

NASCIMENTO, Marcelo. Uma visão geral das teorias do envelhecimento humano. **Saúde e desenvolvimento humano**, v. 8, n. 1, p. 161-168, 2020.

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro. Envelhecimento populacional e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. **Revista brasileira de geografia econômica**, n. 8, 2016.

OLIVEIRA, M. A.; NORONHA, G. R. M., MORAIS LIMA, R. de; SILVA, N. S. G. da; VERAS, M. C. L., SILVA Brito da; BELTRÃO, R. P. L. Relação médico-paciente na Atenção Primária em Saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e2359119576-e2359119576, 2020.

OLIVIERA, D. G. de; FRIAS, P. G. de; MORAES VANDERLEI, L. C. de; VIDAL, S. A.;

ARAÚJO NOVAES, M. de; SOUZA, W. V. de. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2379-2389, 2015.

OMS Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Tradução da Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: OMS, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>. Acesso em: 10 jun. 2025.

PASSOS, Carlos Nestor. Transformação Digital na Saúde: Desafios e Perspectivas. **Revista Científica Hospital Santa Izabel**, v. 3, n. 3, p. 178-184, 2019.

PASSOS, T. S.; ALENCAR, T. M. D.; BRITO, A. P.; SENA, A. M. P.; SANTOS, D. B.; BARRETO, A. A.; SILVA, L. G. D. O. Utilização dos relatórios do e-SUS da Atenção Primária à Saúde na rotina de trabalho de equipes de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 48, p. e8917, 2024.

PISSAIA, Luís Felipe; THOMAS, Juliana. O envelhecer contemporâneo: reflexões sobre o indivíduo, a sociedade e as políticas públicas. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 12, n. 3, 2020.

RODRIGUES, P. L. F.; SCHERER, M. D. dos A.; MENEZES, E. L. C. de; BISPO JÚNIOR, J. P.; PRADO, N. M. de B. L. Organização do trabalho em saúde e as transformações digitais: uma perspectiva comparada entre Brasil e Portugal. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 23, e03078285, 2025.

SARAIVA, L. I. M.; RAMOS, F. A. S.; DOS SANTOS, G. F.; VETORAZO, J. V. P. Sistemas de informação em saúde, o instrumento de apoio à gestão do SUS: aplicabilidade e desafios. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 9, p. e6418-e6418, 2021.

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019.

SCHUELLER, Stephen M. Grand challenges in human factors and digital health. **Frontiers in digital health**, v. 3, p. 635112, 2021.

SIECK, C. J.; SHEON, A.; ANCKER, J.S.; CASTEK, J; CALLAHAN, B; SIEFER, A. Digital inclusion as a social determinant of health. **NPJ digital medicine**, v. 4, n. 1, p. 52, 2021.

SOUZA, A. P. D.; REZENDE, K. T. A.; MARIN, M. J. S.; TONHOM, S. F. D. R.; DAMACENO, D. G. Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1741-1752, 2022.

VERAS, Renato Peixoto. Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: a premência necessária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, p. e240038, 2024.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de saúde pública**, v. 43, p. 548-554, 2009.

ZACHARIAS, F. C. M.; SCHÖNHOLZER, T. E.; OLIVEIRA, V. C. D.; GAETE, R. A. C.; PEREZ, G.; FABRIZ, L. A.; PINTO, I. C. e-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00219520, 2021.

# IMPLICAÇÕES DA SAÚDE BUCAL NA FUNÇÃO DIGESTIVA DE IDOSOS

*Samantha Maia Koch Torres*<sup>31</sup>

*Lidiane Silva Torres*<sup>32</sup>

*Valtair Afonso Miranda*<sup>33</sup>

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento populacional é hoje uma das principais prioridades globais de saúde pública (Hong *et al.*, 2023). Com a constante inovação das tecnologias médicas, melhores condições sanitárias e o aumento do acesso ao sistema de saúde, a estimativa é de que o número de pessoas com 60 anos ou mais cresça nos próximos anos de forma significativa, agravando os desafios trazidos pelo envelhecimento populacional, já considerado um dos principais pontos de atenção do sistema de saúde global (Azzolino *et al.*, 2019; Hong *et al.*, 2023).

O cenário atual de crescimento da expectativa de vida amplia o período em que o indivíduo está sujeito a doenças crônicas, incapacidades funcionais e alterações fisiológicas próprias da senescência. Em meio a essas alterações, podemos destacar as repercussões desse contexto na saúde bucal da pessoa idosa (Brito *et al.*,

---

31 Cirurgiã-dentista. Mestranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Especialista em Endodontia, Ortodontia e Harmonização Orofacial Cirúrgica. E-mail: samanthakocht@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5722215916388382>.

32 Assistente Social. Doutoranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Mestre em Cognição e Linguagem (Uenf). Atua no Programa da Terceira Idade da Uenf, com experiência em Serviço Social da Saúde. E-mail: lidiholly@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8310471731226456>.

33 Pós-Doutor em Cognição e Linguagem (Uenf). Professor da Fabat e do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem da Uenf. E-mail: valtairmiranda@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7689281124574923>.

2013; Medeiros *et al.*, 2020). Alterações como a perda dentária, o uso de próteses desadaptadas por longos períodos e alterações salivares são condições comumente observadas nessa faixa etária (Mesas; Trelha; Azevedo, 2008). O principal problema é que essas alterações não são limitadas à região bucal da população idosa, mas estão atreladas a outros fatores importantes da saúde geral, especialmente com as funções digestivas e nutricionais (Azzolino *et al.*, 2019).

A mastigação é um processo essencial para o adequado processamento dos alimentos, influenciando diretamente a digestão e a absorção de nutrientes. A perda de dentes e a consequente redução da eficiência mastigatória limitam a variedade e a qualidade dos alimentos consumidos, favorecendo dietas pobres em fibras, vitaminas e minerais e ricas em carboidratos simples e alimentos ultraprocessados (Medeiros *et al.*, 2020). Além disso, alterações associadas à diminuição do fluxo salivar, como a xerostomia, dificultam ainda mais o preparo do bolo alimentar, prejudicando a deglutição e o conforto ao se alimentar (Wong; Ng; Leung, 2019; Azzolino *et al.*, 2019).

O impacto da saúde bucal na nutrição dos idosos torna-se ainda mais relevante quando se considera sua relação com a sarcopenia, a fragilidade e o risco de mortalidade (Tournadre *et al.*, 2019). Estudos, como os de Costa e Haack (2021) e Pinto, Veríssimo; Malva (2018) apontam que a deterioração progressiva da função oral contribui para um ciclo de desnutrição e perda de massa muscular, com consequências importantes para a autonomia e a qualidade de vida dessa população. Além disso, há evidências de que problemas orais mal manejados podem colaborar para o desenvolvimento de quadros depressivos, isolamento social e prejuízo funcional, agravando o quadro de vulnerabilidade (Bald; Adami, 2019).

No Brasil, o cenário da saúde bucal dos idosos reflete as desigualdades sociais e as dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, especialmente para aqueles institucionalizados ou restritos ao domicílio. Altos índices de edentulismo, uso prolongado de próteses inadequadas e baixa frequência de consultas odontológicas

compõem um panorama preocupante (Azzolino *et al.*, 2019; Mesas; Trelha; Azevedo, 2008). Em muitos casos, as dificuldades físicas e cognitivas associadas à idade avançada dificultam a realização de uma higiene oral adequada, favorecendo o acúmulo de biofilme e o agravamento das doenças bucais (Kossioni, 2018).

Diante do aumento constante da expectativa de vida, compreender melhor a saúde bucal do idoso e sua relação com fatores como nutrição e qualidade de vida é fundamental para uma atuação médica mais bem embasada, eficiente e direcionada, capaz de tornar o envelhecimento um período de maior funcionalidade e qualidade de vida para a pessoa idosa. Por isso, este capítulo busca discutir questões relacionadas ao envelhecimento, à saúde bucal e à função estomatognática, além das condições orais e dos impactos na nutrição e na digestão do idoso, em conjunto com os cuidados interdisciplinares voltados à promoção da saúde bucal e digestiva.

## **ENVELHECIMENTO, SAÚDE BUCAL E FUNÇÃO ESTOMATOGNÁTICA**

O processo de envelhecimento provoca uma série de mudanças fisiológicas e estruturais no corpo humano, incluindo alterações significativas no sistema estomatognático. Esse sistema, formado por dentes, músculos, articulações, língua, lábios e glândulas salivares, é responsável por funções essenciais como a mastigação, a deglutição e a fonação. Com o avanço da idade, ocorrem perdas dentárias, desgaste das estruturas orais, redução do tônus muscular e diminuição do fluxo salivar, que impactam diretamente essas funções (Kossioni, 2018; Wong; Ng; Leung, 2019).

A perda de dentes, condição altamente prevalente entre idosos, reduz a capacidade mastigatória e limita a variedade de alimentos que podem ser consumidos. Mesmo quando há reabilitação com próteses, a adaptação pode ser limitada, especialmente em indivíduos com fragilidades musculares, cognitivas ou neurológicas (Tanaka *et al.*, 2017). Próteses mal adaptadas, antigas ou desgastadas são comuns

nessa população, contribuindo para dor, lesões orais, insegurança ao mastigar e, conseqüentemente, para a redução da ingestão alimentar (Mesas; Trelha; Azevedo, 2008).

Outro aspecto relevante é a hipossalivação, que acomete muitos idosos em decorrência de alterações fisiológicas, uso de medicamentos ou doenças sistêmicas. A redução da saliva afeta não apenas a formação do bolo alimentar e a lubrificação da mucosa, mas também a percepção do sabor e o início do processo digestivo enzimático (Wong; Ng; Leung, 2019; Azzolino *et al.*, 2019). Essas alterações somadas interferem na eficácia da mastigação e no prazer de se alimentar, podendo contribuir para quadros de inapetência e piora do estado nutricional.

Além das questões fisiológicas, fatores psicossociais também influenciam a saúde bucal dos idosos. A baixa escolaridade, a dependência funcional, a dificuldade de acesso a serviços odontológicos e o isolamento social são barreiras frequentes para o cuidado adequado da cavidade oral (Oliveira; Delgado; Brescovici, 2014). Nesse sentido, o entendimento do envelhecimento como um processo que afeta não apenas os dentes, mas toda a dinâmica oral e funcional, é essencial para a promoção de uma alimentação adequada, segura e prazerosa na velhice.

## **CONDIÇÕES ORAIS E IMPACTOS NA NUTRIÇÃO E DIGESTÃO DO IDOSO**

A saúde bucal desempenha um papel fundamental na nutrição e na digestão, especialmente na velhice. A mastigação eficiente é o primeiro passo do processo digestivo, sendo responsável pela trituração mecânica dos alimentos e pela mistura com a saliva, que inicia a digestão enzimática e facilita a formação do bolo alimentar. Quando comprometida por perdas dentárias, próteses mal adaptadas ou hipossalivação, essa etapa inicial é prejudicada, afetando toda

a sequência digestiva subsequente (Kossioni, 2018; Medeiros *et al.*, 2020).

Estudos demonstram que idosos com mastigação deficiente tendem a evitar alimentos mais duros, fibrosos ou crocantes (como frutas, vegetais crus e carnes) e passam a consumir preparações mais moles, ricas em carboidratos simples e pobres em micronutrientes (Azzolino *et al.*, 2019). Esse padrão alimentar, por sua vez, está associado à redução da ingestão de proteínas, fibras, vitaminas e minerais, o que pode resultar em perda de massa muscular, constipação, deficiência imunológica e desnutrição. A mastigação inadequada também compromete a digestão gástrica e intestinal, exigindo maior esforço do estômago e dificultando a absorção eficiente dos nutrientes (Tanaka *et al.*, 2017).

Além disso, alterações como xerostomia, disfagia e dor ao mastigar ou engolir são frequentes entre idosos e estão relacionadas à redução da ingestão alimentar, perda de peso e risco aumentado de sarcopenia e fragilidade (Wong; Ng; Leung, 2019). A perda de peso em idosos nem sempre é percebida como um problema, mas está fortemente relacionada ao aumento da morbimortalidade nessa população, especialmente quando associada a déficit funcional e baixa ingestão energética e proteica (Azzolino *et al.*, 2019).

Não apenas a função mastigatória está comprometida. A percepção do sabor, o prazer de comer e a autonomia durante as refeições também são impactados por condições orais desfavoráveis. Idosos com dor ou dificuldade ao mastigar tendem a comer menos e com menos prazer, o que pode afetar negativamente o apetite, o estado emocional e o interesse pela alimentação (Oliveira; Delgado; Brescovici, 2014). Em situações mais graves, como em indivíduos institucionalizados ou com comprometimentos cognitivos, o quadro pode evoluir para desnutrição severa ou alimentação por via alternativa, com impactos profundos na saúde e qualidade de vida (Mesas; Trelha; Azevedo, 2008).

A literatura aponta que a saúde bucal deve ser considerada um determinante nutricional em idosos, com efeitos que vão além da boca

e se estendem à digestão, ao metabolismo, à imunidade e ao bem-estar geral (Kossioni, 2018; Azzolino *et al.*, 2019). A interdependência entre função oral e estado nutricional reforça a necessidade de abordagens integradas na atenção à saúde do idoso, considerando a boca como parte indissociável do processo alimentar e digestivo.

## **CUIDADOS INTERDISCIPLINARES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL E DIGESTIVA**

Diante da complexa relação entre saúde bucal e função digestiva em idosos, torna-se evidente a necessidade de uma abordagem interdisciplinar no cuidado dessa população. Dentistas, nutricionistas, médicos, cuidadores e demais profissionais da saúde devem atuar de forma integrada, reconhecendo que intervenções isoladas tendem a ter impacto limitado diante da multifatorialidade do envelhecimento (Azzolino *et al.*, 2019; Kossioni, 2018).

A reabilitação oral, por meio de próteses bem ajustadas e acompanhamentos regulares, é uma das estratégias centrais para restaurar a função mastigatória e melhorar a eficiência alimentar. No entanto, estudos apontam que apenas a instalação de próteses, sem orientação nutricional adequada, tem resultados modestos sobre o estado nutricional (Azevedo *et al.*, 2017; Kossioni, 2018). A combinação entre reabilitação dentária e aconselhamento dietético personalizado mostrou melhores resultados, com aumento na ingestão de frutas, vegetais e proteínas e maior satisfação do paciente com a alimentação.

Além da atuação do cirurgião-dentista, o papel do nutricionista é crucial para ajustar a dieta conforme as limitações mastigatórias e estimular o consumo de alimentos com maior valor nutricional, mesmo que em formas adaptadas (como sopas, purês, carnes desfiadas e vegetais cozidos) (Oliveira Azevedo *et al.*, 2024). Estratégias como o fracionamento alimentar, uso de suplementos e monitoramento do peso corporal podem ajudar a prevenir a desnutrição e a sarcopenia (Oliveira Azevedo *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2023).

Em nível de atenção primária, a inclusão de triagens odontológicas nas visitas domiciliares ou nas avaliações de rotina pode identificar precocemente condições que dificultam a alimentação, como próteses danificadas, dor, lesões na mucosa ou acúmulo de biofilme (Mesas; Trelha; Azevedo, 2008). Em muitos casos, o idoso não verbaliza essas dificuldades por vergonha, conformismo ou baixa percepção da sua própria condição de saúde, o que reforça a importância da avaliação ativa pelos profissionais da saúde.

Também é fundamental considerar o apoio aos cuidadores, formais e informais, principalmente quando se trata de idosos com comprometimento funcional ou cognitivo (Moreira; Caldas, 2007). O treinamento para higiene bucal adequada, manejo da alimentação e adaptação da consistência dos alimentos são intervenções simples, mas de grande impacto na qualidade de vida desses pacientes (Oliveira Azevedo *et al.*, 2024).

Por fim, as políticas públicas relacionadas à saúde do idoso devem ser ampliadas, considerando o acesso aos serviços odontológicos, a inclusão de avaliações nutricionais regulares e o incentivo a práticas relacionadas à alimentação saudável. O envelhecimento ativo, com qualidade de vida, está diretamente ligado à preservação da autonomia e da função mastigatória, o que depende de ações conjuntas entre a população e o poder público.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento saudável depende de diferentes fatores que estão atrelados à alimentação, às atividades físicas e aos momentos sociais dos idosos. Nesse contexto, a saúde bucal, frequentemente negligenciada no cuidado com essa população, representa um dos principais componentes para a manutenção da função digestiva, do estado nutricional e também da qualidade de vida nessa fase.

Portanto, a mastigação ineficiente ou ineficaz, a xerostomia, as dificuldades para deglutir e o uso de próteses inadequadas são

os principais fatores que dificultam a digestão dos alimentos e influenciam negativamente o processo digestivo e o aproveitamento dos nutrientes. Essas limitações podem levar a quadros de desnutrição, perda muscular e baixa autoestima, especialmente entre aqueles com baixa escolaridade, dependência funcional ou institucionalização.

Assim, é imprescindível o fortalecimento de ações entre profissionais que integrem odontologia, nutrição, geriatria e também a atenção primária à saúde. As avaliações periódicas da cavidade oral, a reabilitação com próteses adequadas e o acompanhamento individualizado, juntamente com o suporte aos cuidados, são medidas para promover um envelhecimento mais saudável, funcional e digno.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J. S.; AZEVEDO, M. S.; OLIVEIRA, L. J. C. D.; CORREA, M. B.; DEMARCO, F. F. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00054016, 2017.

AZZOLINO, D.; PASSARELLI, P. C.; ANGELIS, P. de; PICCIRILLO, G. B.; D'ADDONA, A.; CESARI, M. Poor oral health as a determinant of malnutrition and sarcopenia. **Nutrients**, v. 11, n. 12, p. 2898, 2019.

BALD, Elisabete; ADAMI, Fernanda Scherer. Avaliação nutricional e perfil sócio demográfico de idosos institucionalizados. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 11, n. 3, 2019.

BRITO, M. D. C. C.; FREITAS, C. A. S. L.; DE MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 161-178, 2013.

COSTA, Renata; HAACK, Adriana. Abordagem multidisciplinar do idoso - aspectos clínicos, fisiológicos, farmacológicos e nutricionais. **Portal de Livros Abertos da Editora JRG**, v. 5, n. 5, p. 01-134, 2021.

HONG, C.; SUN, L.; LIU, G.; GUAN, B.; LI, C.; LUO, Y. Response of global health towards the challenges presented by population aging. **China CDC Weekly**, v. 5, n. 39, p. 884, 2023.

KOSSIONI, Anastassia. The association of poor oral health parameters with malnutrition in older adults: a review considering the potential implications for cognitive impairment. **Nutrients**, v. 10, n. 11, p. 1709, 2018.

MEDEIROS, M. M. D. de; PINHEIRO, M. A.; FIGUEIREDO, O. M; C; de; OLIVEIRA, L. F. S. de; WANDERLEY, R. L.; CAVALCANTI, Y. W.; GARCIA, R. C. M. R. Masticatory function in nursing home residents: Correlation with the nutritional status and oral health–related quality of life. **Journal of oral rehabilitation**, v. 47, n. 12, p. 1511-1520, 2020.

MESAS, Arthur Eumann; TRELHA, Celita Salmaso; AZEVEDO, Mauro José de. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 61-75, 2008.

MOREIRA, Marcia Duarte; CALDAS, Célia Pereira. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Anna Nery**, v. 11, p. 520-525, 2007.

OLIVEIRA, Bruna Silveira de; DELGADO, Susana Elena; BRESCOVICI, Silvana Maria. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. **Revista brasileira de geriatria e Gerontologia**, v. 17, p. 575-587, 2014.

OLIVEIRA AZEVEDO, J. de; CARNEIRO, C. C. G.; OLIVEIRA RODRIGUES, A. Á. A. de; SILVA SOUZA, C. T. da; SANTOS SENA, A. BORGES, T. M. D. Atuação do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde: experiências a partir da residência multiprofissional. **Revista Ciência Plural**, v. 10, n. 2, p. 1-21, 2024.

PINTO, Anabela Mota; VERÍSSIMO, Manuel; MALVA, João (Ed.). **Manual do Cuidador**. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University, 2019.

SILVA, J. C. da.; MOREIRA, M. B. A.; SILVA, J. K. F.; PAULO, D. L. Atuação de cirurgiã-dentista, na atenção domiciliar, a idoso restrito ao leito: relato de experiência. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**. ISSN 2179-6750, v. 15, p. e003-e003, 2023.

TANAKA, T.; TAKAHASHI, K.; HIRANO, H.; KIKUTANI, T.; WATANABE, Y.; OHARA, Y.; FURUYA, H.; TETSUO, T.; AKISHITA, M.; IIJIMA, K. Oral frailty as a risk factor for physical frailty and mortality in community-dwelling elderly. **The Journals of Gerontology: Series A**, v. 73, n. 12, p. 1661-1667, 2018.

TOURNADRE, A.; GAELLE, F. de; CAPEL, F.; SOUBRIER, M.; BOIRIE, Y. Sarcopenia. **Joint bone spine**, v. 86, n. 3, p. 309-314, 2019.

WONG, F. M. F.; NG, Y. T. Y.; LEUNG, W. K. Oral health and its associated factors among older institutionalized residents — a systematic review. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 21, p. 4132, 2019.



## **DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA VELHICE: DESAFIOS PARA A EQUIDADE NO ENVELHECIMENTO COM DIGNIDADE**

*Fernando Basílio dos Santos*<sup>34</sup>

*Lidiane Silva Torres*<sup>35</sup>

*Rosalee Santos Crespo Istoe*<sup>36</sup>

### **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

O envelhecimento populacional é uma das transformações demográficas mais significativas do século XXI, desafiando os sistemas de saúde e as estruturas sociais, econômicas e urbanas em todo o mundo. No Brasil, essa transição ocorre de maneira acelerada, ao mesmo tempo em que profundas desigualdades estruturais persistem (Miranda; Mendes; Silva, 2016). Nessa realidade, torna-se evidente que envelhecer com dignidade não é uma experiência igualmente acessível a todos. A qualidade da velhice, em termos de saúde, autonomia, mobilidade e acesso a direitos, está intrinsecamente ligada às condições de vida experimentadas ao longo de todo o curso da vida (Mota; Oliveira; Batista, 2017).

Essa perspectiva é central no debate sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), definidos como fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais e políticos que influenciam a saúde de indivíduos

---

34 Médico anesthesiologista. Mestre e doutorando em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). E-mail: fernandobasilioalternativo@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6728790826220966>.

35 Assistente Social. Doutoranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Mestre em Cognição e Linguagem (Uenf). Atua no Programa da Terceira Idade da Uenf, com experiência em Serviço Social da Saúde. E-mail: lidiholly@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8310471731226456>.

36 Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ. Professora no Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense. E-mail: rosaleeistoe@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4620607106742429>.

e populações (CSDH, 2006). O modelo das camadas de Dahlgren e Whitehead (1991) ilustra como a saúde é produto de múltiplas camadas interativas que se acumulam ao longo do tempo, desde características individuais até políticas públicas estruturais. No envelhecimento, os efeitos desses determinantes se tornam particularmente visíveis, pois refletem trajetórias de vida marcadas por oportunidades desiguais e privações sucessivas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) já enfatizava que o modo como se envelhece depende menos do relógio biológico e mais das condições sociais vividas, e a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) reafirma que envelhecer com dignidade requer transformações sistêmicas nos ambientes e políticas que moldam o cotidiano das pessoas (WHO, 2020).

No Brasil, embora a expectativa de vida tenha aumentado, esse ganho médio esconde desigualdades profundas. Enquanto alguns envelhecem com acesso contínuo a cuidados e estabilidade, milhões enfrentam a velhice sob múltiplas vulnerabilidades, marcadas por insegurança alimentar, moradia precária, isolamento social e baixa cobertura de políticas públicas. Essas realidades não são casuais: resultam de DSS desiguais que operam ao longo de todo o curso de vida, como bem destacam Monteiro e Vale (2022) ao afirmarem que o envelhecimento brasileiro é complexo e múltiplo.

Nesse contexto, este capítulo tem como objetivo analisar como os DSS influenciam o envelhecimento no Brasil, evidenciando de que maneira as desigualdades sociais moldam as velhices e que desafios se impõem à construção de políticas públicas que promovam a equidade e a dignidade. Busca-se responder à seguinte pergunta: como os DSS impactam a qualidade de vida na velhice e o acesso equitativo a direitos no Brasil?

Para isso, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com estudos voltados ao contexto brasileiro e latino-americano. As fontes consultadas incluíram artigos científicos das bases PubMed, SciELO e Lilacs, bem como marcos legais e normativos nacionais. A revisão concentrou-se em evidências que relacionam os DSS às condições de

vida da população idosa, com especial atenção à equidade, ao acesso a direitos e ao papel das políticas públicas.

## **O ENVELHECIMENTO NO BRASIL: PANORAMA E DESIGUALDADES**

O envelhecimento no Brasil tem se dado de forma acelerada devido à transição demográfica, caracterizada pela queda das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida (Oliveira, 2019). Esse fenômeno coloca o país em um estágio avançado de envelhecimento populacional, com uma mudança significativa na estrutura etária. Enquanto países desenvolvidos, como a França, levaram mais de um século para que a proporção de idosos passasse de 10% para 20%, no Brasil, essa mudança ocorrerá em um período de apenas 25 anos, entre 2010 e 2035 (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023). A fecundidade no país caiu de 6,2 filhos por mulher em 1950 para 1,7 em 2012, enquanto a expectativa de vida aumentou de 54 para 76 anos no mesmo período (Camarano; Kanso; Fernandes, 2014). Esses fatores indicam um envelhecimento rápido, o que impõe desafios sociais e econômicos consideráveis, especialmente no que diz respeito ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis e das limitações funcionais, demandando um maior cuidado com a saúde da população idosa.

Esse envelhecimento acelerado traz consigo a necessidade de adaptação das políticas públicas em áreas como saúde, previdência social e apoio às famílias que cuidam dos idosos. A diminuição da fecundidade e o aumento da longevidade contribuem para um crescimento mais acentuado da proporção de idosos em comparação com a de crianças, o que se refletirá ainda mais até 2031 (Camarano; Kanso; Fernandes, 2014). Para enfrentar tais desafios, o Brasil precisa garantir um envelhecimento saudável e sustentável para todos, por meio da ampliação do acesso a serviços de saúde e da melhoria das condições de vida para a população idosa.

O envelhecimento no Brasil é atravessado por intensas desigualdades regionais, raciais, de gênero e de classe social, que

moldam de forma distinta as condições de vida dos idosos. Enquanto as regiões Norte e Nordeste enfrentam limitações estruturais e dificuldades de acesso a serviços de saúde, prejudicando o envelhecimento saudável, o Sudeste e o Sul oferecem melhores condições de vida e maior longevidade, refletindo a distribuição desigual de recursos e direitos no território nacional (Mafra *et al.*, 2013). Além disso, as disparidades raciais e de gênero agravam esse cenário: a população negra, especialmente as mulheres negras, vivencia o envelhecimento sob o peso do racismo estrutural e da exclusão, com acesso restrito a serviços essenciais (Almeida *et al.*, 2015). As mulheres idosas, em geral, enfrentam ainda a feminização da pobreza e o isolamento social, frequentemente intensificados por condições financeiras e sociais precárias (Ferreira; Leeson; Melhado, 2019).

### **ENVELHECER É UM PROCESSO: DETERMINANTES SOCIAIS AO LONGO DA VIDA**

O envelhecimento deve ser entendido como um processo contínuo e cumulativo, moldado por determinantes sociais, econômicos e ambientais que atuam desde antes do nascimento. Essa perspectiva, central à abordagem do curso de vida, ressalta como experiências em diferentes fases – infância, juventude e vida adulta – interagem ao longo do tempo para configurar trajetórias distintas de saúde e bem-estar na velhice. O acesso desigual a recursos fundamentais como educação, trabalho formal, moradia e serviços de saúde influencia tanto a qualidade de vida nas etapas iniciais quanto os desfechos na velhice, perpetuando desigualdades dentro das gerações (Kendig; Nazroo, 2016).

Nesse contexto, o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), ao ilustrar os múltiplos níveis que influenciam a saúde, oferece uma lente útil para compreender o envelhecimento. Adaptado para esse campo, permite observar como fatores individuais, como idade e gênero, são

modulados por redes de apoio, histórico ocupacional, escolaridade e acesso a serviços essenciais (Dahlgren; Whitehead, 2021). O estudo de Cavalcanti *et al.* (2018) reforça essa abordagem ao associar baixos níveis de escolaridade, ausência de apoio familiar e idade avançada a piores indicadores de envelhecimento ativo.

O envelhecimento é profundamente influenciado pelas condições vividas ao longo da infância, juventude e vida adulta, que, mais do que marcos cronológicos, são períodos críticos de exposição a riscos e oportunidades. A privação nesses estágios, como acesso limitado à educação, impacta negativamente o mercado de trabalho, renda e acesso à seguridade social, afetando moradia e cuidados na velhice (Kumar; Shankar, 2018). Experiências adversas precoces também deixam marcas duradouras no desenvolvimento emocional e cognitivo (Clegg *et al.*, 2013), perpetuando vulnerabilidades, sobretudo em contextos de pobreza, informalidade e baixa escolaridade. No Brasil, essas desigualdades atingem mais intensamente mulheres, pessoas negras e moradores das regiões Norte e Nordeste, com maior prevalência de doenças crônicas, dependência funcional e exclusão social na velhice (Methasari; Krisnatuti, 2019; Bahtiar; Sahar; Wiarsih, 2020). Como destaca Chang (2023), a qualidade de vida na velhice está diretamente ligada ao acúmulo de condições socioeconômicas ao longo da vida.

A desigualdade racial agrava ainda mais esse cenário. Idosos negros e pardos, em comparação com os brancos, apresentam piores condições socioeconômicas, menor nível educacional e acesso restrito a serviços de saúde privados (Oliveira *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2019a; Moura *et al.*, 2023). Essas desvantagens se refletem em maior prevalência de doenças como hipertensão e em avaliações mais negativas do estado de saúde (Silva *et al.*, 2019; Moura *et al.*, 2023). Embora parte dessas diferenças seja explicada por variáveis socioeconômicas (Oliveira *et al.*, 2014), evidências apontam a persistência de desigualdades mesmo após ajustes, indicando o papel do racismo estrutural e das intersecções entre raça e classe (Silva *et al.*, 2019; Moura *et al.*, 2023).

Por fim, a educação e a renda surgem como determinantes consistentes da saúde e da longevidade. A escolaridade elevada está associada a menor prevalência de multimorbidades e a uma vida mais longa e saudável, especialmente entre mulheres (Alves; Arruda, 2017; Melo; Lima, 2020; Guimarães; Andrade, 2020). Em contraste, baixos níveis educacionais e de renda estão ligados ao uso intensivo do sistema público de saúde e a piores indicadores de saúde física e funcional (Costa *et al.*, 2018; Melo; Lima, 2020).

### **POLÍTICAS PÚBLICAS, PROTEÇÃO SOCIAL E O DESAFIO DA EQUIDADE NA VELHICE**

Embora o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) e a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994) representem importantes marcos legais no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas, enfrentam sérios entraves quanto à sua implementação. A falta de financiamento específico, a baixa articulação intersetorial e a inexistência de mecanismos de monitoramento e avaliação comprometem a efetividade dessas normativas (Torres *et al.*, 2020). Além disso, tais instrumentos frequentemente adotam uma abordagem homogênea da velhice, negligenciando as singularidades de grupos vulnerabilizados, como idosos negros, indígenas, LGBTQIA+ e em situação de rua (Ferreira, 2023).

A fragmentação entre os sistemas de saúde, assistência social e previdência social evidencia um dos maiores desafios estruturais para a efetividade da proteção social no Brasil. Essa desarticulação compromete a integralidade do cuidado, sobretudo no atendimento à população idosa, que depende de ações contínuas e intersetoriais. De acordo com Liporoni (2016), compreender o envelhecimento como um fenômeno biopsicossocial exige não apenas políticas específicas, mas também uma gestão integrada entre os serviços públicos, de forma que o cuidado à pessoa idosa não seja interrompido pela falta de articulação entre as redes de atenção.

Sposati (2013) reforça essa análise ao destacar que a proteção social no Brasil opera sob formas truncadas, parciais, desarticuladas de respostas às desproteções sociais, consequência direta da racionalidade neoliberal que transforma direitos em favores e compromete a universalização da cidadania. A autora aponta que a política de seguridade social, embora constitucionalmente estruturada para garantir direitos, acaba sendo funcionalizada à lógica do capital, tornando-se seletiva e focalizada, com forte apelo ao assistencialismo e à filantropia.

Nesse contexto, a ausência de fluxos definidos entre a Atenção Primária à Saúde (APS), os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) se configura como um reflexo dessa lógica de incompletude (Sposati, 2013), dificultando a continuidade do cuidado e a construção de estratégias centradas nas reais necessidades da população idosa. Como afirma Liporoni (2016), ainda que existam marcos legais e normativos que assegurem os direitos das pessoas idosas, sua efetivação requer uma atuação intersetorial consistente, que vá além da legislação e se materialize em práticas integradas, territorializadas e sustentáveis.

Além disso, grupos historicamente marginalizados enfrentam obstáculos ainda mais complexos. Idosos em situação de rua vivenciam o abandono institucional, a ausência de políticas habitacionais e o estigma social (Cerqueira *et al.*, 2024). Pessoas idosas LGBTQIA+ muitas vezes enfrentam discriminação em ambientes de cuidado, o que as expõe ao isolamento social e à negligência institucional (Espínola *et al.*, 2023). Já os idosos institucionalizados são frequentemente privados de autonomia e tratados de maneira padronizada, sem considerar sua individualidade (Freitas; Sceicher, 2010). Esses exemplos reforçam a necessidade de políticas públicas que considerem a diversidade das velhices e promovam estratégias inclusivas.

## **PERSPECTIVAS PARA UM ENVELHECIMENTO COM JUSTIÇA SOCIAL**

A promoção de um envelhecimento com justiça social exige ações intersetoriais que reconheçam a complexidade das necessidades da população idosa. Políticas habitacionais voltadas para acessibilidade, sistemas de transporte público adaptados, programas de transferência de renda e iniciativas de inclusão digital são exemplos de medidas que podem ampliar significativamente as oportunidades e a qualidade de vida das pessoas idosas. A atuação coordenada entre os setores da saúde, assistência, habitação, mobilidade e cultura é essencial para enfrentar as vulnerabilidades que se intensificam com a idade (Pereira, 2015; Santos; Almêda, 2017; Monteiro *et al.*, 2019).

O combate ao ageísmo – preconceito baseado na idade – é outro eixo essencial para a construção de uma sociedade inclusiva. Trata-se de uma forma sutil, porém poderosa, de exclusão que impacta negativamente a autoestima, a saúde mental e a participação social dos idosos. Enfrentar essa realidade demanda campanhas educativas, a formação de profissionais de saúde e a presença das velhices nos meios de comunicação e nos espaços políticos. Valorizar a diversidade nas formas de envelhecer implica reconhecer as intersecções entre idade, gênero, raça, classe, sexualidade e território (Ferreira; Leão; Faustino, 2020).

Com o aumento da longevidade e o crescimento da população idosa, torna-se urgente investir em políticas de cuidado que respeitem a autonomia e favoreçam a permanência das pessoas idosas no convívio comunitário e familiar. Isso envolve desde o fortalecimento de cuidadores familiares e profissionais até a implementação de serviços como atenção domiciliar, centros-dia e redes de suporte comunitário. O cuidado deve ser entendido como um direito social compartilhado, e não como uma responsabilidade exclusivamente familiar – especialmente das mulheres, que historicamente assumem esse papel de forma desigual (Martins *et al.*, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento no Brasil é atravessado por profundas desigualdades sociais, raciais, de gênero e territoriais, que evidenciam a atuação cumulativa dos DSS ao longo do curso da vida. A velhice, portanto, não pode ser compreendida apenas como uma fase biológica, mas como o resultado de trajetórias sociais marcadas por acesso desigual a direitos, oportunidades e condições dignas de vida.

Como discutido neste capítulo, embora o país possua marcos legais importantes, como o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, a efetivação desses direitos ainda encontra obstáculos estruturais, como a fragmentação entre políticas públicas, a falta de financiamento adequado e a invisibilidade das especificidades de grupos mais vulnerabilizados.

Para garantir um envelhecimento com equidade e dignidade, é necessário fortalecer a articulação intersetorial entre saúde, assistência social, habitação, transporte e cultura, além de enfrentar o ageísmo e promover uma cultura que valorize a diversidade das velhices. O cuidado deve ser compreendido como um direito coletivo, compartilhado entre o Estado, a sociedade e as famílias, superando a lógica assistencialista e excludente ainda predominante. Envelhecer com justiça social é um desafio urgente diante do avanço da longevidade no país. Para isso, é preciso mais do que legislações: são necessários investimentos públicos consistentes, participação social ativa e a construção de políticas que reconheçam e combatam as desigualdades estruturais.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. V.; MAFRA, S. C. T.; DA SILVA, E. P.; KANSO, S. A. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos; Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.

ALVES, L. C.; ARRUDA, N. Socioeconomic differentials and disease-free life expectancy of the elderly in Brazil. **International Journal of Population Studies**, v. 3, n. 1, p. 64-78, 2017.

BAHTIAR, B.; SAHAR, J.; WIARSIH, W. Meaning of life among elderly individuals with chronic diseases living with family: a qualitative study. **Makara Journal of Health Research**, v. 24, n. 1, 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 3, p. 77-79, 4 jan. 1994.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Gráfica do Senado Federal, 2011.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. In: CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: IPEA, p. 81-116, 2014.

CAVALCANTI, A. D.; SILVEIRA Moreira, Rafael da; DINIZ, G. T. N.; VILELA, M. B. R.; SILVA, V. de L. Active aging and its interface with social determinants of health. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 12, n. 1, p. 15-23, 2018.

CERQUEIRA, B. C.; LIMA, T. O. S.; SILVA, R. A. N.; JESUS, L. M. S.; MARTINS, M. C. N. S. E.; LIMA, J. J. A. O.; BARBOSA, M. S.; SILVA, L. M.; FERNANDES, E.M.; LÔ, B. V. O.; SOUZA, L. B. P.; MIRANDA, J. B. B.; VIANA, S. F. R.; VAZ, F. P.; SILVA, T. E. P.;

RODRIGUES, A. S.; FERREIRA, V. C. S.; GONTIJO, P. V. C.; BERNADES, L. P.; RODRIGUÊS, T. F.; ALMEIDA, A. G. A.; CAVALCANTE, G. F.; ABREU, V. P. L.; QUIXABEIRA, A. P. S.; SILVA, B. C.; GABINO, K. D. C.; VIEIRA, M. A.; ABRÃO, R. K. Aspectos da vulnerabilidade de idosos em situação de abandono: o papel da família e das instituições. **IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)**, v. 29, n. 4, série 10, p. 39-48, abr. 2024.

CHANG, K. Effects of physical health status, social support, and depression on quality of life in the Korean community-dwelling elderly. **Advances in Public Health**, p. 1-9, 2023.

CLEGG, A.; JOVEM, J.; ILIFFE, S.; RIKKERT, M. O.; ROCKWOOD, K. Frailty in elderly people. **The Lancet**, v. 381, n. 9868, p. 752-762, 2013.

CSDH. COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **A conceptual framework for action on social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2006.

COSTA, C. S.; FLORES, T. R.; WENDT, A.; NEVES, R. G.; TOMASI, E.; CESAR, J. A.; BERTOLDI, A. D.; RAMIRES, V. V.; NUNES, B. P. Inequalities in multimorbidity among elderly: a population-based study in a city in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2018.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, v. 27, n. 1, p. 4-41, 1991.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. **Public Health**, v. 199, p. 20-24, 2021.

ESPÍNOLA, I. E. R.; CARVALHO, L. F. D.; SILVA, D. F. D.; SOUZA, J. M. M.; OLIVEIRA, F. M. R. L. D.; GALINDO JÚNIOR, J. U. F.; BARBOSA, K. T. F. Envelhecimento e vulnerabilidade: perspectivas das pessoas idosas LGBTQIA+. **Revista Rene** (Online), p. e83200, 2023.

FERREIRA, J. P.; LEESON, G.; MELHADO, V. R. Cartografias do envelhecimento em contexto rural: notas sobre raça/etnia, gênero, classe e escolaridade. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, p. e0017612, 2019.

FERREIRA, L. C. Estatuto da Pessoa Idosa faz 20 anos e demanda revisão: para pesquisadora, obrigações do Estado precisam ser reforçadas. **Agência Brasil**, Brasília, 30 set. 2023.

FERREIRA, V. H. S.; LEÃO, L. R. B.; FAUSTINO, A. M. Ageísmo, políticas públicas voltadas para população idosa e participação social. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 42, p. e2816, 2020.

FREITAS, M. A. V. de; SCHEICHER, M. E. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, p. 395-401, 2010.

GUIMARÃES, R.; ANDRADE, F. C. D. **Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros**: Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

KENDIG, H.; NAZROO, J. Life course influences on inequalities in later life: comparative perspectives. **Journal of Population Ageing**, v. 9, p. 1-7, 2016.

KUMAR, D.; SHANKAR, H. Prevalence of chronic diseases and quality of life among elderly people of rural Varanasi. **International Journal of Contemporary Medical Research (IJCMR)**, v. 5, n. 7, 2018.

LIPORONI, A. A. R. de C. A integração das políticas de saúde e assistência social no atendimento ao idoso. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 2, p. 325-334, 2016.

MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P.; FONSECA, E. S.; FREITAS, N. C.; ALMEIDA, A. V. O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil: uma discussão a partir do censo demográfico 2010. *In: Congresso Internacional de Envelhecimento Humano*, p. 01-09, 2013.

MARTINS, J. J.; MARTINS, J. D. J.,; SCHIER, J.; ERDMANN, A. L.; ALBUQUERQUE, G. L. D. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 371-382, 2019.

MELO, L. A. D.; LIMA, K. C. de. Prevalência e fatores associados às multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciência; Saúde Coletiva**, 2020.

METHASARI, S.; KRISNATUTI, D. Strategi coping, religiusitas, dan kepuasan hidup lansia berpenyakit kronis. **Journal of Family Sciences**, v. 3, n. 2, p. 42-54, 2019.

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

MONTEIRO, L. C. A.; MONTEIRO, L. C. A.; SILVA, N. M.; MONTEIRO, F. A.; GONÇALVES, L. M.; DE OLIVEIRA, C. M. Envelhecimento urbano e humano: requalificar para o usufruto. p. e3249 *In:*

**Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social:** desafios contemporâneos; Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais; Congresso de Direito à Cidade e Justiça Ambiental, 2019.

MONTEIRO, M. S.; VALE, M. S. Desigualdade social e envelhecimento: um panorâma pandêmico do Brasil. **InterSciencePlace**, v. 17, n. 5, 2022.

MOTA, R. da S. M.; OLIVEIRA, M. L. M. C.; BATISTA, E. C. Qualidade de vida na velhice: uma reflexão teórica. **Revista Communitas**, v. 1, n. 1, p. 47-60, 2017.

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.

MOURA, C. R. F.; MOURA, R. F.; CESAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M.; OKAMURA, M. N.; ANTUNES, J. L. F. Factors associated with inequalities in social conditions in the health of elderly white, brown and black people in the city of São Paulo, Brazil. **Ciência; Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 64-78, 2023.

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, B. L. C. A.; SILVA, A. M.; SILVA, R. A.; THOMAZ, E. B. A. F. Racial inequalities in the socioeconomic, demographic and health conditions of elderly from Maranhão State, Legal Amazon, Brazil: a population-based study. **Acta Amazonica**, v. 44, p. 335-344, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 60 p.

PEREIRA, P. A. P. Envelhecimento, direitos e garantias sociais. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 9, p. 122-125, 2015.

SANTOS, R. F.; ALMÊDA, K. A. O envelhecimento humano e a inclusão digital: análise do uso das ferramentas tecnológicas pelos idosos. **Ciência da Informação em Revista**, v. 4, n. 2, p. 59-68, 2017.

SILVA, A. ROSA, T. E. C.; BATISTA, L. E.; KALCKMANNII, S.; LOUVISONIII, M. C. P.; TEIXEIRA, D. S. C.; LEBRÃO, M. L. Racial inequities and aging: analysis of the 2010 cohort of the Health, Welfare and Aging Study (Sabe). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180004, 2019.

SPOSATI, A. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serviço Social; Sociedade**, p. 652-674, 2013.

TORRES, K. R. B. O.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 01, p. e300113, 2020.

WHO. **Decade of healthy ageing**: baseline report. Geneva: World Health Organization, 2020.



## **O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SEUS IMPACTOS SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE**

*Fernando Basilio dos Santos*<sup>37</sup>

*Rosalee Santos Crespo Istoe*<sup>38</sup>

*Juliana Toledo Campos Arêas*<sup>39</sup>

### **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

O envelhecimento populacional é uma das principais transformações da sociedade contemporânea. É um fenômeno global e progressivo que se intensificou especialmente a partir da segunda metade do século XX, impulsionado pela queda das taxas de fecundidade e mortalidade, combinada com os avanços tecnológicos e médicos que prolongaram significativamente a expectativa de vida da população mundial (Alves, 2019; Silva; Galindo, 2023). No Brasil, esse processo ocorre de forma ainda mais acelerada do que a média global, colocando o país diante de desafios complexos que superam o campo da saúde e passam pelas esferas social, econômica, cultural e política (Reis; Barbosa; Pimentel, 2021; Schuler, 2023).

Dados recentes indicam que, entre 1950 e 2020, a população mundial com 60 anos ou mais cresceu de 202 milhões para 1,1 bilhão de pessoas, e projeta-se que alcance 3,1 bilhões até 2100, representando

---

37 Médico anesthesiologista. Mestre e doutorando em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). E-mail: fernandobasilioalternativo@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6728790826220966>.

38 Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ. Professora no Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense. E-mail: rosaleeistoe@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4620607106742429>.  
Link do Currículo Lattes (ou outro link profissional).

39 Enfermeira. Mestranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Coordenadora Institucional de Extensão da Faculdade Metropolitana São Carlos (Famesc). E-mail: julianatcareas@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8485568464552747>.

28,2% da população global (Alves, 2019). Esse crescimento, que se dá em ritmos distintos nos diferentes continentes, revela-se particularmente acelerado em países em desenvolvimento como o Brasil, cuja proporção de idosos passou de 4,9% em 1950 para 14% em 2020 e deve atingir 40,1% em 2100 (Veras, 2024).

Essas transformações possuem efeitos diretos sobre a sustentabilidade dos sistemas sanitários. Como destacam Mrejen, Nunes e Giacomini, (2023), o envelhecimento populacional impacta os custos e organização dos modelos de cuidado, exigindo a transição de modelos centrados na atenção aguda para modelos orientados para a gestão de condições crônicas, cuidados de longo prazo e reabilitação. No Brasil, esse cenário se complica diante das históricas desigualdades regionais no acesso à saúde, à renda e à educação, que intensificam os efeitos adversos do envelhecimento sobre a população mais vulnerável (Silva; Galindo, 2023).

O impacto econômico desse fenômeno é igualmente significativo. As despesas em saúde, historicamente relacionadas ao ciclo de vida, aumentam exponencialmente a partir dos 60 anos, especialmente nas faixas etárias superiores a 80 anos, que concentram a maior prevalência de doenças crônicas, incapacidade funcional e necessidade de cuidados de longa duração (Polizio; Marçal, 2025; Xi *et al.*, 2025). Os custos per capita em saúde entre os idosos podem ser até cinco vezes superiores aos de adultos mais jovens, principalmente devido à maior utilização de serviços hospitalares, medicamentos, terapias de reabilitação e assistência domiciliar (Bloom *et al.*, 2011; OMS, 2024).

O modelo biomédico centrado na doença e na hospitalização já não responde de forma adequada às necessidades da população idosa. A literatura tem reforçado a urgência de modelos centrados no cuidado integrado, na coordenação do cuidado, na atuação interprofissional e na articulação dos serviços de saúde com os serviços sociais (Sousa *et al.*, 2020). Esse reposicionamento requer, além de financiamento adequado, investimentos em formação de profissionais, redes de apoio, tecnologias assistivas e promoção da saúde.

A discussão sobre envelhecimento populacional também compõe a agenda de desenvolvimento econômico. O complexo econômico-industrial da saúde ganha destaque como promotor de desenvolvimento, geração de empregos qualificados e inovação tecnológica (Reis; Barbosa; Pimentel, 2016). O envelhecimento, nesse sentido, não deve ser interpretado como um problema, mas como uma janela de oportunidades para a redefinição das políticas industriais, de ciência, tecnologia e inovação, especialmente no campo da saúde.

Com isso, esse capítulo busca discutir sobre a transição demográfica e seus impactos sobre os sistemas de saúde e está estruturado em três eixos principais: dinâmicas demográficas e epidemiológicas; pressão econômica associada ao envelhecimento; e reconfiguração dos modelos assistenciais frente ao avanço da longevidade.

## **TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA: FUNDAMENTOS E REPERCUSSÕES NO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL**

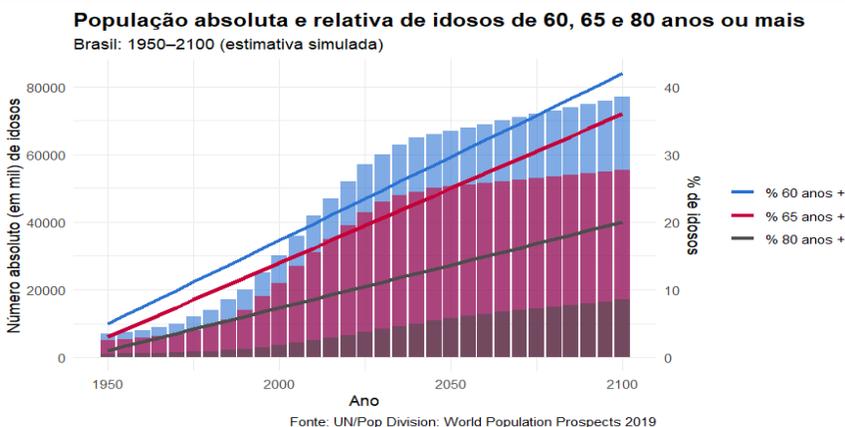
O envelhecimento populacional não é um fenômeno isolado, mas o resultado direto de processos históricos, econômicos, sociais e epidemiológicos profundamente interligados. A chamada transição demográfica, caracterizada pela redução das taxas de natalidade e de mortalidade, constitui-se como o motor central desse processo, tendo ocorrido de forma tardia e acelerada nos países de renda média, como é o caso do Brasil (Alves, 2019; United Nations, 2022).

Paralelamente, ocorre a transição epidemiológica, na qual as doenças infecciosas e parasitárias, antes predominantes, cedem lugar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão, diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e demências. Esse deslocamento no perfil de morbimortalidade aumenta a dificuldade dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde que precisam se reorganizar para atender a uma demanda crescente por

cuidados de longo prazo, monitoramento contínuo e intervenções multiprofissionais (Bloom *et al.*, 2015; Xi *et al.*, 2025).

No Brasil, esse fenômeno ocorre em velocidades significativamente mais acelerada do que nos países desenvolvidos. Enquanto nações europeias levaram cerca de 100 anos para duplicar sua população idosa, o Brasil realizou essa transição em menos de três décadas, sem, no entanto, ter alcançado níveis de desenvolvimento socioeconômico e de proteção social equivalentes (Alves, 2019). Isso significa que o país envelhece em meio a desigualdades estruturais, precarização do trabalho, insegurança previdenciária e fragilidade dos sistemas públicos de saúde (Gráfico 1).

**Gráfico 1** – População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais no Brasil: 1950-2100



Fonte: UN/Pop Division: World Population Prospects 2019

Além disso, o processo de envelhecimento não é homogêneo. Ele expressa as desigualdades de gênero, raça, classe e território. Idosos negros, mulheres e populações periféricas enfrentam condições de vida e de saúde significativamente piores do que seus pares de grupos mais privilegiados, com maior exposição a fatores de risco, menor acesso aos serviços e maior vulnerabilidade social (Silva; Galindo, 2023).

Essa reconfiguração demográfica e epidemiológica repercute diretamente na organização dos sistemas de saúde que passam a ser demandados não apenas na dimensão curativa, mas, sobretudo, na capacidade de promover saúde, prevenir agravos, acompanhar condições crônicas e oferecer cuidados de longa duração, centrados na pessoa e no território.

### **IMPACTOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E ESTRUTURAIS DO ENVELHECIMENTO SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE**

Discutir envelhecimento populacional sem considerar seus impactos diretos sobre os sistemas de saúde é ignorar uma das maiores transformações demográficas do século (Reis; Barbosa; Pimentel, 2016). O que se observa, tanto no Brasil quanto em outros países, é um crescimento expressivo da demanda por serviços de saúde, impulsionado não apenas pelo aumento da expectativa de vida, mas, sobretudo, pelo acúmulo de condições crônicas, dependência funcional e fragilidade (Xi *et al.*, 2025; Silva; Galindo, 2023).

Este problema não é só o envelhecer. É envelhecer mal. É envelhecer em contextos de desigualdade, com acesso limitado à prevenção, à promoção da saúde e aos serviços básicos. Isso faz com que a velhice chegue acompanhada de múltiplas doenças, incapacidades e uma dependência crescente dos sistemas públicos (Alves, 2019; Beard *et al.*, 2016). E quem paga essa conta? São os próprios sistemas de saúde, que, estruturados ainda para atender demandas agudas, hospitalares, emergenciais, se veem hoje obrigados a cuidar de gente que não precisa só de cura, mas de cuidado contínuo, acompanhamento e suporte social (Reis; Barbosa; Pimentel, 2016).

Os dados são claros. Segundo a OMS (2024), os custos com saúde crescem de forma proporcional à idade, especialmente a partir dos 75 anos, quando aumentam significativamente as demandas por medicamentos, exames, hospitalizações e, principalmente, cuidados de longa duração. Mas aqui cabe um ponto importante: não é a

idade, isoladamente, que gera custo. É a combinação da idade com a precarização da vida, a ausência de redes de apoio, o fracasso das políticas de prevenção e a fragilidade dos arranjos familiares (França; Seidl, 2016; Silva; Galindo, 2023).

Além disso, o impacto econômico não fica restrito ao SUS ou aos sistemas de saúde privados. O envelhecimento pressiona diretamente os sistemas previdenciários, o mercado de trabalho e até os arranjos familiares, que passam a assumir, de forma informal e sem suporte, o cuidado de idosos dependentes (Reis; Barbosa; Pimentel, 2016; Beard *et al.*, 2016). É a filha que deixa o emprego para cuidar do pai, é o neto que abandona a escola porque não tem quem acompanhe a avó nas consultas, é a família inteira que se reorganiza ou desmorona para dar conta de um cuidado que o Estado não oferece (Silva; Galindo, 2023).

No campo estrutural, o envelhecimento escancara um problema que já existia, mas que agora se torna impossível de ignorar: a absoluta inadequação dos modelos assistenciais atuais. Ainda operamos com uma lógica de atenção fragmentada, centrada na doença, na hospitalização e na intervenção imediata, que simplesmente não dá conta de atender uma população que vive mais, mas vive com mais doenças, mais limitações e mais necessidade de acompanhamento integral (Beard *et al.*, 2016; Xi *et al.*, 2025).

Ou os sistemas de saúde se reorganizam, adotando modelos centrados no cuidado, na coordenação, na integralidade e na intersetorialidade, ou vão colapsar frente à demanda crescente que o envelhecimento impõe (Reis; Barbosa; Pimentel, 2016; OMS, 2024). A literatura não deixa dúvidas: o envelhecimento não é só um desafio demográfico. É, acima de tudo, um desafio político, econômico, social e ético, que exige respostas rápidas, estruturantes e, principalmente, comprometidas com a dignidade e os direitos da população que envelhece (Silva; Galindo, 2023; Beard *et al.*, 2016).

## **CAMINHOS PARA A REORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE FRENTE AO ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento populacional exige uma transformação estrutural dos sistemas de saúde, cujos modelos organizativos historicamente centrados na atenção curativa e hospitalocêntrica demonstram limitações crescentes para atender às demandas complexas associadas às condições crônicas, à multimorbidade e à dependência funcional (Reis; Barbosa; Pimentel, 2016; Beard *et al.*, 2016). As evidências indicam que, sem a adoção de estratégias centradas na integralidade do cuidado e na coordenação entre níveis de atenção, os sistemas caminham para um cenário de sobrecarga assistencial e insustentabilidade financeira (OMS, 2024; Xi *et al.*, 2025).

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) é identificado como eixo estruturante das respostas necessárias frente ao envelhecimento. Modelos assistenciais orientados pela APS, quando organizados de acordo com os princípios da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação do cuidado, demonstram maior eficiência, melhor relação custo-benefício e impacto positivo na gestão de condições crônicas e na preservação da funcionalidade da população idosa (Paim *et al.*, 2011; Beard *et al.*, 2016). No entanto, observa-se que, apesar do consenso na literatura sobre a centralidade da APS, persistem desafios estruturais, relacionados ao subfinanciamento, à precarização do trabalho e à fragmentação das redes de cuidado (Reis; Barbosa; Pimentel, 2016; Silva; Galindo, 2023).

O envelhecimento também evidencia a necessidade de desenvolvimento de uma política nacional de cuidado de longa duração, capaz de articular os serviços de saúde, assistência social e apoio comunitário. A ausência de uma rede formal de cuidado gera uma sobrecarga significativa para as famílias, especialmente em contextos de desigualdade, em que os arranjos familiares assumem, de maneira não remunerada e não reconhecida, as funções que deveriam ser garantidas por políticas públicas (Alves, 2019; Beard *et al.*, 2016).

Além da reorganização dos modelos assistenciais, a incorporação das tecnologias digitais assume papel estratégico no fortalecimento das respostas aos desafios do envelhecimento. A implementação de ferramentas como prontuários eletrônicos, telessaúde, monitoramento remoto e inteligência artificial tem potencial para otimizar a gestão do cuidado, ampliar o acesso e melhorar a continuidade da atenção. No entanto, a literatura adverte que a adoção dessas tecnologias deve estar vinculada a modelos de cuidado centrados na pessoa, sob risco de aprofundar as desigualdades e fragmentar ainda mais os processos assistenciais (OMS, 2024; Xi *et al.*, 2025).

A reestruturação dos sistemas de saúde frente ao envelhecimento, portanto, demanda ações intersetoriais, políticas de financiamento sustentáveis e marcos regulatórios que garantam a equidade no acesso e a qualidade da atenção. A integração entre saúde, assistência social, previdência e outros setores emerge como condição necessária para enfrentar os impactos econômicos, sociais e estruturais impostos pela transição demográfica (Reis; Barbosa; Pimentel, 2016; Silva; Galindo, 2023).

Frente às evidências, torna-se inequívoco que a sustentabilidade dos sistemas de saúde diante do envelhecimento depende da consolidação de modelos de cuidado centrados na gestão da cronicidade, na manutenção da funcionalidade e na promoção da autonomia da população idosa, ancorados nos princípios da equidade, da integralidade e da justiça social (Beard *et al.*, 2016; OMS, 2024).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento populacional não é mais uma projeção distante. Trata-se de um fenômeno concreto, acelerado e com impactos diretos sobre os sistemas de saúde, previdência, economia e organização social. O que as evidências mostram, de forma contundente, é que os sistemas de saúde não possuem estrutura suficiente para lidar

com uma demanda crescente por cuidados prolongados e suporte às fragilidades funcionais associadas à longevidade.

Não se pode mais ignorar que a sustentabilidade dos modelos atuais depende de uma mudança estrutural, que inclua a reorganização dos serviços e uma revisão profunda das políticas de cuidado, do financiamento e das responsabilidades compartilhadas entre Estado, famílias e sociedade. A longevidade, quando dissociada de qualidade de vida, amplia desigualdades e sobrecarrega sistemas que já operam no limite.

Diante desse cenário, é urgente pensar o envelhecimento a partir de uma perspectiva integrada, que articule saúde, previdência, assistência social e desenvolvimento econômico. Mais do que uma agenda setorial, trata-se de uma agenda civilizatória. Se o século XXI será inevitavelmente um século de sociedades envelhecidas, é importante também que seja o século do fortalecimento de políticas públicas capazes de assegurar o envelhecimento com dignidade.

## REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo: novas projeções da ONU. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, n. 1, p. 5-9, 2019.

BEARD, J. R.; OFICIAL, A.; CARVALHO, I. A.; SADANA, R.; POT, A. M.; MICHEL, J. P.; LLOYD-SHERLOCK, P.; EPPING-JORDÂNIA, J. E.; GEESKE, G. M. E. E.; PEETERS, MAHANANI, W. R.; THIYAGARAJAN, J. A.; Chatterji, S. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **The Lancet**, v. 387, n. 10033, p. 2145-2154, 2016.

BLOOM, D. E; BOERSCH-SUPAN, A.; MCGEE, P.; SEIKE, A. Population aging: facts, challenges, and responses. **Benefits and compensation International**, v. 41, n. 1, p. 22, 2011.

FRANÇA, L. H. F. P.; SEIDL, J. Manual da Oxford sobre aposentadoria. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 16, n. 3, p. 308-310, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Rio de Janeiro, 2018.

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

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento e saúde**. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 10 de jun. 2025.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

POLIZIO, Marco Antonio; MARÇAL, Liziane. Demência e envelhecimento no Brasil: revisão narrativa sobre desafios sociais e de saúde pública. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 11, n. 1, p. 440-456, 2025.

REIS, Carla; BARBOSA, Larissa; PIMENTEL, Vitor. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, n. 44, p. 87-124, 2016.

SCHULER, Emily. Great-Grand Parents in Brazil? A Socio-Demographic Contextualization. **Journal of Population Ageing**, v. 15, n. 3, p. 623-639, 2022.

SILVA, Thiago Oliveira; GALINDO, Dolores Cristina Gomes. Envelhecimento populacional: os impactos nas políticas públicas. **Diversitas Journal**, v. 8, n. 4, p. 2681-2690, 2023.

SOUSA, V.; WANDERLEY V. S.; ARAÚJO, K. F. G.; SANTOS, M. M. M.; MAROJA, J. L. S.; SOUSA MUÑOZ, R. L. Identificando elementos do cuidado centrado na pessoa: estudo qualitativo a partir da perspectiva de pacientes hospitalizados. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 41, n. 2Supl, p. 283-308, 2020.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects 2022: Summary of Results**. New York: UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022.

VERAS, Renato Peixoto. Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: a premência necessária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, p. e240038, 2024.

XI, J-Y.; LIANG, B-H.; ZHANG, W-J. YAN, B.; DONG, P.; CHEN, Y-Y.; LIN, X.; GU, J.; HAO, Y-T. Effects of population aging on quality of life and disease burden: a population-based study. **Global Health Research and Policy**, v. 10, n. 1, p. 2, 2025.



# COMPARAÇÃO DO NÍVEL DE AUTONOMIA FUNCIONAL ENTRE PESSOAS IDOSAS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO

*Greziene dos Santos Silva*<sup>40</sup>

*Eliza Miranda Costa Caraline*<sup>41</sup>

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento é um processo natural, progressivo e irreversível, que provoca inúmeros efeitos degenerativos no organismo. Sendo assim, é essencial a busca por meios que reduzam esses comprometimentos e proporcionem uma melhor qualidade de vida às pessoas idosas. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo comparar o nível de autonomia funcional entre idosos praticantes e não praticantes de musculação. A amostra foi constituída por 10 indivíduos, de ambos os sexos, com faixa etária entre 65 e 75 anos, sendo 5 praticantes de musculação, que treinam 3 vezes por semana, com duração de 50 minutos cada sessão e 5 idosos não praticantes de musculação, residentes em uma instituição de longa permanência para pessoas idosas (ILPI). As instituições são localizadas no município de Itaperuna/RJ. O nível de autonomia funcional dos voluntários foi avaliado por meio do protocolo GDLAM, proposto por Dantas e Vale (2004), que consiste na realização de quatro testes: Caminhar 10 metros (C10M), Levantar-se da posição sentada (LPS), Levantar-se da posição decúbito ventral (LPDV) e Levantar-se da cadeira e locomover-se

---

40 Profissional de Educação Física – Universidade Iguazu – *campus V* – Itaperuna. Mestranda em Cognição e Linguagem, Uenf/Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-8348-3750> / Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0575023267668942> / e-mail: [grezienesantos@gmail.com](mailto:grezienesantos@gmail.com)

41 Docente do Curso de Medicina da Universidade Iguazu – *campus V* – Itaperuna. Médica de Família e Comunidade – SBMFC, Mestre em Medicina – Santa Casa BH/Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8508-292X> / Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231479237905406> / e-mail: [dra.elizacaraline@gmail.com](mailto:dra.elizacaraline@gmail.com)

pela casa (LCLC). Os dados coletados foram apresentados através da estatística descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão). Em seguida foi aplicado o teste t de *Student* para amostras independentes, com nível de significância de  $p < 0,05$ . Com base na análise dos dados obtidos, foi possível observar diferença significativa apenas nas provas LPS, LPDV e LCLC, sendo encontrado respectivamente  $p=0,01$ ,  $p=0,01$  e  $p=0,001$ . Verificou-se também diferença significativa entre os grupos na análise do Índice Geral de autonomia funcional (IG), sendo encontrado  $p=0,01$ . A média do IG dos idosos praticantes de musculação apresentou a classificação muito boa e dos idosos não praticantes dessa modalidade foi classificada como boa. A partir dos resultados encontrados, constatou-se que a prática da musculação influencia positivamente no nível de autonomia funcional de idosos.

## **ENVELHECIMENTO, AUTONOMIA FUNCIONAL E MUSCULAÇÃO**

Em países em desenvolvimento, define-se como pessoa idosa o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. Todavia, em nações desenvolvidas, o marco referencial para a terceira idade é 65 anos. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018 havia no país 29 milhões de indivíduos na terceira idade, sendo considerada a quinta maior população idosa do mundo. A projeção é que esse quantitativo continue aumentando nas próximas décadas. O Ministério da Saúde estima que, em 2030, o número de pessoas senis no país ultrapassará o total de crianças com menos de 14 anos (Veras; Oliveira, 2018).

O avançar da idade desencadeia um processo denominado sarcopenia, que consiste no declínio progressivo e generalizado do volume e da força muscular, que provoca a diminuição da autonomia funcional (Garcia *et al.*, 2015). Com isso, o indivíduo passa a ter mais dificuldade para executar suas atividades cotidianas, carecendo de mais tempo e de mudanças no padrão de suas ações. Esse quadro clínico também faz com que o idoso fique mais propenso a quedas,

que podem resultar em fraturas e internações, tornando-o mais dependente do auxílio de terceiros, comprometendo sua autoestima e autoconfiança (Rocha *et al.*, 2015; Mazini Filho *et al.*, 2018).

A prática regular de exercícios físicos configura-se como um importante mecanismo na manutenção da autonomia funcional de idosos. Dentre as modalidades mais recomendadas para essa finalidade encontra-se a musculação. Esse tipo de treinamento resistido é prescrito conforme as demandas e objetivos de cada aluno, consistindo em uma prática flexível, que pode ser ajustada segundo a faixa etária e nível de aptidão física de cada um. Essa modalidade possibilita o desenvolvimento do tônus e da força muscular, contribui para o aperfeiçoamento do equilíbrio, da lateralidade e da coordenação motora e auxilia na redução do percentual de gordura de seus adeptos (Mazini Filho *et al.*, 2016; Moraes; Corrêa; Coelho, 2018).

Diante do envelhecimento populacional, emerge a necessidade de buscar meios que proporcionem uma melhor qualidade de vida aos idosos, tendo em vista que a preocupação não deve ser somente em prolongar os anos de vida desses indivíduos, como também viabilizar maior satisfação pessoal e mais independência em suas tarefas diárias. A análise dessa temática é relevante para os idosos praticantes de musculação, uma vez que servirá de incentivo para que prossigam na modalidade, assim continuarão a obter os benefícios dessa prática corporal. Além disso, espera-se atrair novos adeptos para essa modalidade, possibilitando amenizar os efeitos adversos do envelhecimento. Essa investigação também busca fornecer referencial teórico para acadêmicos e professores de Educação Física, para que ampliem seus conhecimentos acerca do assunto discutido.

Com base no exposto, o presente estudo tem como objetivo comparar o nível de autonomia funcional entre pessoas idosas praticantes e não praticantes de musculação, sugerindo que os praticantes dessa modalidade apresentam o nível de autonomia funcional superior quando comparados aos não praticantes. Para tanto, a amostra foi constituída por 10 indivíduos, de ambos os sexos, com faixa etária entre 65 e 75 anos, sendo 5 praticantes de musculação,

que treinam na, 3 vezes por semana, com duração de 50 minutos cada sessão e 5 idosos não praticantes de musculação, residentes em uma ILPI. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: os sujeitos da amostra deveriam ter a faixa etária estabelecida para a análise e um grupo deveria ser formado por indivíduos que treinam musculação há pelo menos 6 meses. Enquanto que os critérios de exclusão foram: idosos com patologias avançadas ou lesões.

Para avaliar a massa corporal, o idoso subiu na balança de costas para o painel numérico e permaneceu em posição ereta e sem se movimentar para que fosse possível a leitura dos valores. A mensuração da estatura foi realizada através de um estadiômetro. Um dos avaliadores se posicionou do lado direito do voluntário e solicitou que ficasse ereto e com os olhos fixos num eixo horizontal paralelo ao chão, de acordo com a linha de Frankfurt. Em seguida, foi pedido que o participante realizasse uma inspiração forte e executasse uma apneia até que fosse colocada a parte superior do estadiômetro sobre o vértex da cabeça. Feito isso, o idoso se afastou do equipamento para que um dos pesquisadores realizasse a leitura dos dados.

O nível de autonomia funcional dos idosos praticantes e não praticantes de musculação foi avaliado por meio do protocolo do Grupo de Desenvolvimento Latino-Americano para a Maturidade (Gdlam), proposto por Dantas e Vale (2004), que consiste na realização de quatro testes, descritos a seguir.

**Caminhar 10 metros (C10M):** Nesse teste foi mensurado o tempo que o idoso levou para percorrer 10 metros.

**Figura 1** – Fase inicial do teste: Caminhar 10 metros



**Fonte:** Dantas; Vale, 2004.

**Figura 2** – Fase final do teste: Caminhar 10 metros



**Fonte:** Dantas; Vale, 2004.

Levantar-se da posição sentada (LPS): O idoso iniciou o exercício sentado em uma cadeira, com os braços cruzados na frente do tronco. Ao comando dos avaliadores, o participante se levantou e sentou cinco vezes, sendo anotado o tempo gasto na realização do teste.

**Figura 3** – Fase inicial e final do teste: Levantar-se da posição sentada



**Fonte:** Dantas; Vale, 2004.

**Figura 4** – Fase intermediária do teste: Levantar-se da posição sentada



**Fonte:** Dantas; Vale, 2004.

Levantar-se da posição decúbito ventral (LPDV): O voluntário iniciou o teste deitado em decúbito ventral, com os braços estendidos ao longo do corpo. A partir do comando dos avaliadores, o participante se levantou o mais rápido possível, sendo registrado o tempo gasto na execução do teste.

**Figura 5** – Fase inicial e final do teste: Levantar-se da posição decúbito ventral



**Fonte:** Dantas; Vale, 2004.

**Figura 6** – Fase intermediária do teste: Levantar-se da posição decúbito ventral



**Fonte:** Dantas; Vale, 2004.

Levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa (LCLC): Os pesquisadores posicionaram dois cones dispostos diagonalmente a uma cadeira, a uma distância de 4 metros para trás e 3 metros para cada lado. O idoso iniciou o teste sentado na cadeira e com os pés sem contato com o solo. Após o comando dos avaliadores, o voluntário se levantou, se deslocou até o cone da direita, o contornou, retornou para a cadeira, se sentou e levantou os pés. Logo em seguida, realizou essa mesma ação para o lado esquerdo. De forma ininterrupta, o

participante executou todo o percurso novamente, sendo registrado o tempo gasto na avaliação.

**Figura 7** - Fase inicial e final do teste Levantar-se da cadeira e locomover-se nela casa



**Fonte:** Dantas; Vale, 2004.

**Figura 8** - Fase intermediária do teste Levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa



**Fonte:** Dantas; Vale, 2004.

O Índice Geral de autonomia funcional (IG) foi calculado através da fórmula:

$$IG = \frac{[(C10m + LPS + LPDV) \times 2] + LCLC}{3}$$

Para a realização da pesquisa foram utilizados os seguintes materiais: uma balança G-Tech, um estadiômetro compacto 2 metros Slim Fit, uma cadeira de madeira, com o assento com 45 cm de altura, uma trena de fibra de vidro de 50 m de comprimento da marca Tramontina, dois cones de plástico de 24 cm da marca Rythmoon,

um cronômetro eletrônico Instruterm CD 2800 e um colchonete de ginástica ACTE T127 de 100 cm.

Os dados coletados foram apresentados através da estatística descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão). Em seguida foi aplicado o teste t de *Student* para amostras independentes, com nível de significância de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS E REFLEXÕES

A tabela I apresenta o valor mínimo, o máximo, a média e o desvio padrão da idade, da massa corporal e da estatura dos idosos praticantes e não praticantes de musculação.

Tabela I – Características da amostra

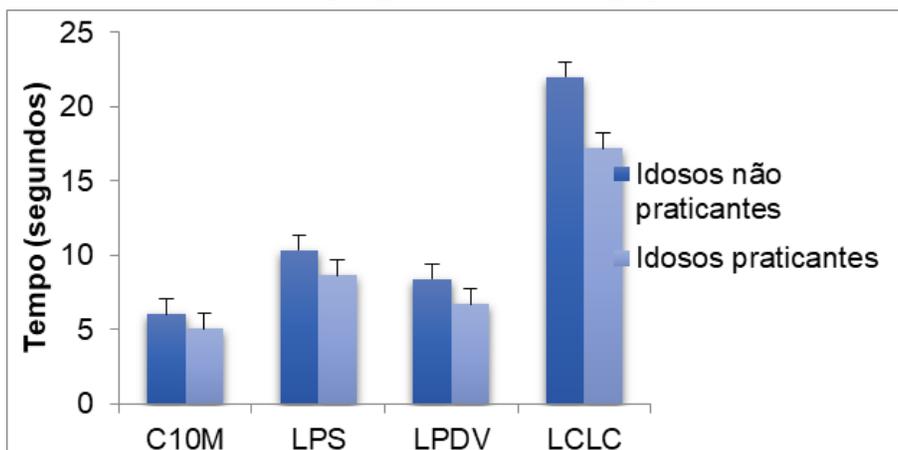
	Idade (anos)		Massa corporal (Kg)		Estatura (m)	
	PM	NPM	PM	NPM	PM	NPM
Mínimo	67	66	58	57,6	1,52	1,6
Máximo	75	72	61	82	1,69	1,78
Média	71	69	59,6	71,76	1,6	1,69
Desvio padrão	3,39	2,54	1,34	12,24	0,06	0,06

PM: Praticantes de musculação; NPM: Não praticantes de musculação.

O gráfico 1 apresenta os resultados dos idosos praticantes e não praticantes de musculação nos testes do protocolo GDLAM (Caminhar 10 metros – C10M; Levantar-se da posição sentada – LPS; Levantar-se da posição decúbito ventral – LPDV e Levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa – LCLC). A partir da análise dos dados obtidos, foi possível constatar que houve diferença significativa apenas nas provas LPS, LPDV e LCLC, sendo encontrado respectivamente  $p=0,01$ ,  $p=0,01$  e  $p=0,001$ .

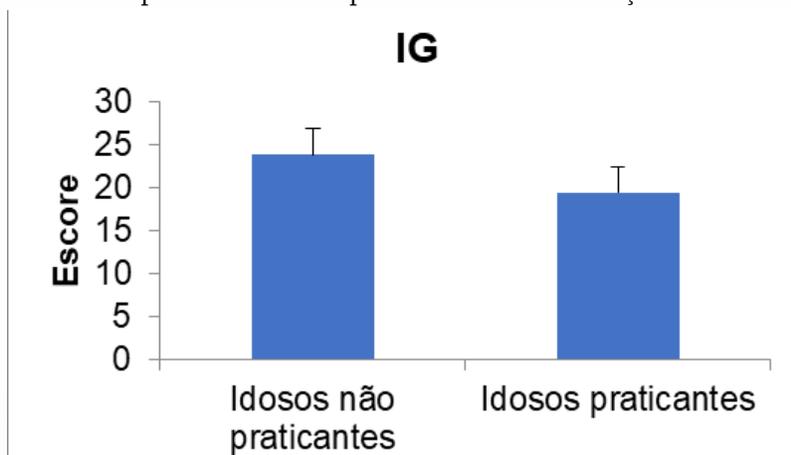
**Gráfico 1** - Desempenho dos idosos voluntários nos testes do protocolo GDLAM.

\* Diferença significativa entre os grupos.



O gráfico 2 apresenta o Índice Geral de autonomia funcional (IG) dos idosos praticantes e não praticantes de musculação. Com base nos dados coletados, observou-se diferença significativa entre os grupos, sendo encontrado  $p=0,01$ . A média do IG dos idosos praticantes de musculação apresentou a classificação muito boa e dos idosos não praticantes dessa modalidade foi classificada como boa.

**Gráfico 2** – Índice Geral de autonomia funcional dos idosos praticantes e não praticantes de musculação.



\* Diferença significativa entre os grupos.

Comparando os resultados obtidos pelos idosos praticantes e não praticantes de musculação, pôde-se perceber que os idosos que treinam essa modalidade apresentaram um melhor desempenho nos testes que compõem o protocolo GDLAM. Dessa forma, aceita-se a hipótese da investigação que afirmava que os praticantes dessa modalidade apresentam o nível de autonomia funcional superior quando comparados aos não praticantes.

No estudo de Manzini Filho *et al.* (2016), foi avaliado o efeito de diferentes modalidades de exercícios físicos no nível de força muscular e autonomia funcional de idosos. A amostra foi composta por 114 idosos divididas aleatoriamente em 5 grupos: treinamento de força (n=22), ginástica (n=23), hidroginástica (n=24) e Pilates (n=21) e grupo controle (n=24). As aulas aconteceram três vezes por semana em dias alternados com duração de 60 minutos cada sessão durante 24 semanas. Para a avaliação da autonomia funcional foi utilizada a bateria de testes de Aptidão Física Funcional de Rikli e Jones (1999). Com base nos dados obtidos, observou-se melhora significativa nos níveis de força muscular e de autonomia funcional em todas as modalidades investigadas. Todavia, no grupo controle não foi observada diferença significativa. Esses resultados vão ao encontro dos obtidos na presente análise, na qual também foi verificada a contribuição da prática da musculação no desenvolvimento da autonomia funcional de idosos.

No estudo de Souza *et al.* (2018) foi analisado o nível de autonomia funcional de idosos praticantes de musculação. A amostra foi constituída por 26 idosos saudáveis, de ambos os sexos, que praticavam musculação há pelo menos um ano e meio, em uma academia na cidade de Charqueadas/RS. O teste aplicado foi o GDLAM. A partir dos dados coletados, verificou-se que todos os idosos do sexo masculino apresentaram o Índice Geral de autonomia (IG) classificado como muito bom e 71,43% das idosos analisadas apresentaram o IG classificado como muito bom e 28,57% foram classificadas com IG bom. Esses resultados foram similares aos encontrados na presente pesquisa, na qual todos os idosos praticantes de musculação apresentaram a classificação muito boa no IG.

Schmidt (2019) analisou a auto percepção da autonomia funcional de idosos praticantes e não praticantes de musculação. A amostra foi composta por 20 idosos de ambos os sexos, na faixa etária entre 60 e 99 anos, sendo 10 praticantes de musculação há mais de 6 meses e 10 idosos não praticantes dessa modalidade. Foi aplicado um questionário de auto percepção da autonomia funcional, seguindo a escala proposta por Andreotti e Okuma (1999). Essa escala apresenta 40 itens, sendo que as atividades básicas da vida diária estão descritas nos itens 1 a 15 e as atividades instrumentais, dos itens 16 a 40. Os idosos praticantes de musculação apresentaram o nível de autonomia funcional significativamente maior que os idosos não praticantes dessa modalidade. Os dados encontrados nesse estudo também convergiram com os obtidos na presente pesquisa.

Na pesquisa de Andrade *et al.* (2022) foi analisada a influência da musculação e da hidroginástica na manutenção da funcionalidade em idosos. Participaram do estudo 30 idosos de ambos os sexos, sendo 10 praticantes de musculação, 10 praticantes de hidroginástica e 10 idosos não praticantes de exercícios físicos. Os voluntários foram avaliados por meio do Índice de Katz e do teste Time Up and Go Test (TUG). No Índice de Katz, não foi observada diferença significativa ( $p > 0,05$ ) entre os três grupos investigados. No teste TUG houve diferenças significativas ao comparar os praticantes de musculação ( $p = 0,001$ ) e os praticantes de hidroginástica ( $p = 0,000$ ) com os idosos do grupo controle. Contudo, não houve diferença significativa ao comparar os praticantes da musculação com os da hidroginástica ( $p = 1,00$ ). Esses resultados foram semelhantes aos encontrados na presente pesquisa, que também constatou a influência positiva da musculação na melhora da autonomia funcional de idosos.

Coelho *et al.* (2020) compararam a força e a capacidade funcional entre idosos praticantes de musculação, hidroginástica e não praticantes de exercícios físicos. A amostra foi composta por 36 idosos de ambos os sexos, sendo 12 praticantes de musculação, 12 praticantes de hidroginástica e 12 não praticantes de exercícios físicos. Os instrumentos avaliativos empregados foram teste de

uma repetição máxima (1RM) em membros superiores e inferiores, teste de levantar da cadeira em 30 segundos e teste de velocidade de caminhada habitual e máxima. O grupo de praticantes de musculação apresentou um resultado estatisticamente superior na análise de força máxima, quando comparado aos demais grupos. Entretanto, no teste de levantar da cadeira e no teste de velocidade de caminhada habitual e máxima não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Sendo assim, no que se refere à avaliação da autonomia funcional, os resultados do estudo de Coelho *et al.* (2020) divergiram dos encontrados na presente pesquisa.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos resultados encontrados na presente pesquisa, conclui-se que a prática da musculação influencia positivamente no nível de autonomia funcional de idosos. Sendo assim, sugere-se a prática dessa modalidade às pessoas da terceira idade, como meio de atenuar as perdas decorrentes do processo de envelhecimento, propiciando mais independência nas tarefas diárias e uma maior qualidade de vida a esses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. A. L.; VASCO, J. A. C.; GARCIA, L. F.; SILVA, M. R.; CARNEIRO, W. F. S.; SILVA, L. R. B.; CARDOSO, E. A. Influência do exercício resistido e hidroginástica na manutenção da funcionalidade na terceira idade. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 4, p. 13607-13617, 2022.

ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S. S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente ativos. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 13, n. 1, p. 46-66, 1999.

COELHO, B. S.; SOUZA, L. K.; BORTOLUZZI, R.; RONCADA, C.; TIGGEMANN, C. L.; DIAS, C. P. Comparação da força e capacidade funcional entre idosos praticantes de musculação, hidroginástica e não praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, ano 17, n; 3, p. 497-504, 2020.

DANTAS, E. H. M.; VALE, R. G. S. Protocolo GDLAM de avaliação da autonomia funcional. **Fitness & Performance Journal**, ano 3, p. 3, p. 175-182, 2004.

GARCIA, P. A.; DIAS, J. M. D.; ROCHA, A. S. S.; ALMEIDA, N. C.; MACEDO, O. G.; DIAS, R. C. Relação da capacidade funcional, força e massa muscular de idosas com osteopenia e osteoporose. **Fisioterapia e Pesquisa**, ano 22, n. 2, p. 126-132, 2015.

MAZINI FILHO, M. L.; VENTURINI, G. R. O.; CASTRO, J. B. P.; SILVEIRA, A. R.; SOUZA, R. M.; MANTOVANI, J.; FERREIRA, M. E. C. Força e potência muscular para autonomia funcional de idosos: uma breve revisão narrativa. **Revista de Educação Física**, ano 87, n. 3, p. 439-446, 2018.

MAZINI FILHO, M. L.; VIANNA, J. M.; VENTURINI, G. R. O.; MATOS, D. G.; FERREIRA, M. E. C. Avaliação de diferentes programas de

exercícios físicos na força muscular e autonomia funcional de idosas. **Motricidade**, ano 12, n. 2, p. 124-133, 2016.

MORAES, F. L. R.; CORRÊA, P.; COELHO, W. S. Avaliação da autonomia funcional, capacidades físicas e qualidade de vida de idosos fisicamente ativos e sedentários. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, ano 12, n. 74, p. 297-307, 2018.

RIKLI, R.; JONES, C. Functional fitness normative scores for community residing older adults, age 60 – 94. **Journal of Aging and Physical Activity**, v. 7, n. 2, p. 162-181, 1999.

ROCHA, C. A. Q. C.; MOREIRA, M. H. R.; MESA, E. I. A.; GUIMARÃES, A. C.; DÓRIA, C. H.; DANTAS, E. H. M. Efeitos de um programa de treinamento concorrente sobre a autonomia funcional em idosas pós-menopáusicas. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, ano 23, n. 3, p. 122-134, 2015.

SCHMIDT, J. V. **Autopercepção da capacidade funcional de idosos praticantes e não praticantes de musculação**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, SC, Brasil, 2019.

SOUZA, A. O.; PEDROSO, B. B.; SIQUEIRA, O. D.; GARLIPP, D. C. Avaliação da autonomia funcional de idosos praticantes de musculação. **Revista de Iniciação Científica da Ulbra**, ano 1, n. 16, p. 51-59, 2018.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, ano 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.



# **PROGRAMA DE ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA COM FOCO NA SAÚDE MENTAL E PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

*Juliana da Conceição Sampaio Lóss<sup>42</sup>*

*Rosalee Santos Crespo Istoe<sup>43</sup>*

*Valtair Afonso Miranda<sup>44</sup>*

## **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

A saúde da pessoa idosa tem sido objeto de estudo de distintos saberes de gerontologia, geriatria, psiquiatria, medicina de família e comunidade que buscam melhorar a qualidade de vida da população idosa. Envelhecer é um processo natural, e dar garantias à pessoa idosa de envelhecimento ativo e saudável é proporcionar saúde total em todos os aspectos da vida, o que pode ser benéfico e humanístico. A saúde mental tem sido muito estudada na atualidade e muitos

---

42 Médica, Psicóloga, Médica de Família e Comunidade, Pós graduada em Psiquiatria adulto e da infância, Neurocientista, Neuropsicóloga, Terapeuta Cognitivo Comportamental, Terapeuta Familiar, Medicina da Dor, MBA em Gestão da Excelência em Saúde, Mestre e Doutoranda em Cognição e Linguagem, Uenf. <http://lattes.cnpq.br/0056328578509527>

43 Graduada em Teologia (Seminário Teológico Batista do Sul do Brasil/RJ, 1985) e em Psicologia (Universidade Metodista de São Paulo/SP, 1991). Mestra em Psicologia da Saúde (Universidade Metodista de São Paulo/SP, 1999). Doutora em Saúde da Criança e da Mulher (Fundação Oswaldo Cruz/RJ, 2007). É Psicóloga e Professora do Curso de Mestrado e Doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: 1- Graduação: Psicologia do Desenvolvimento da Criança e do Adolescente; Psicologia da Educação. Educação e Psicopedagogia (Ead. Consórcio Cederj) 2- Mestrado e Doutorado: Educação Saúde e Gênero; Seminários Avançados e Supervisão. 3- Pesquisadora: Desenvolve pesquisas na área de Desenvolvimento e Envelhecimento Humano e coordena o Programa da Terceira Idade em Ação na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, no município de Campos dos Goytacazes/RJ. Lattes CV: <http://lattes.cnpq.br/4620607106742429>

44 Pós-doutor em Cognição e Linguagem (Uenf). Doutor em História (UFRJ) e em Ciências da Religião (Umesp). Mestre em Ciências da Religião (Umesp) e em Teologia (STBSB). Graduado em História (Universo) e em Teologia (FTSA/STBSB). <http://lattes.cnpq.br/7689281124574923>

desdobramentos se difundem a fim de que se possa lidar com toda a gama de transtornos psíquicos que se manifestam na população idosa.

Impende explicar que será adotada neste projeto a expressão pessoa idosa para designar a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, no Brasil. A lei antes denominada Estatuto do Idoso e renomeada para “Estatuto da Pessoa Idosa” (a partir da Lei Federal n. 14.423/2022, que alterou a 10.742/2003), busca, em âmbito nacional, cumprir o papel de promover a proteção aos direitos e prerrogativas deferidos às pessoas idosas ao longo dos anos e visa respeitar a condição de vulnerável inerente à pessoa nessa faixa etária. A fim de promover a inclusão formal das mulheres, o estatuto brasileiro sofre alteração, substituindo “idoso” por “pessoa idosa”, não somente no título, mas em todas as disposições desta lei (Brasil 2003; Brasil, 2022).

Flores (2015) explica o envelhecimento como fenômeno marcado por profundas mudanças demográficas, econômicas, sociais e políticas no Brasil, sendo as demográficas relacionadas ao crescimento populacional e às alterações ocorridas na estrutura etária, que é resultado da queda da fecundidade e da longevidade aumentada.

Até os anos 40 (século XX), o Brasil era caracterizado por altas taxas de natalidade e mortalidade, e somente a partir da Segunda Guerra, com o advento dos antibióticos, foi possível um efetivo controle das doenças infectocontagiosas. Trata-se da primeira fase da transição demográfica no Brasil a qual resultou em queda acentuada da mortalidade. Estimava-se uma taxa bruta de mortalidade em torno de 24,8 por mil habitantes, no ano de 1920, e após a transição, diminuiu para 9,8 por mil habitantes, isto em 1940, ou seja, uma redução de mais de 60% em apenas 20 anos (Flores, 2015).

Conforme demonstra o IBGE (2013) em suas novas projeções, a partir de 2042, a população do Brasil começará a diminuir de forma enfática e as razões de dependência voltarão a crescer; começará a ser fechada a janela de oportunidades demográficas no Brasil. Ressalta-se que a transição demográfica consiste na alteração da estrutura etária que possibilita o desenvolvimento humano e melhorias na qualidade de vida da população. Nesse cenário, surge a medicina

integrativa, que se preocupa em compreender o ser humano de forma global, proporcionando um atendimento humanizado, integrado e individualizado de acordo com a necessidade de cada pessoa idosa. Inclui a saúde física, psíquica e social e espiritual. O conceito de Medicina Integrativa traz à baila uma mudança de paradigma. E, para melhor compreendê-la, é necessário conceber um novo conceito de saúde e repensar as formas de intervenção em relação ao processo saúde-doença, e o modelo de atenção à saúde (Otani; Barros, 2011). Ressalta-se que é salutar estudar a importância das práticas integrativas no cenário do envelhecimento e da saúde mental.

Diante dos argumentos aduzidos, este estudo se apoiou na seguinte questão problema: como implementar um programa de atenção à saúde da pessoa idosa com foco na saúde mental e integrativa e que benefícios a população terá alcançado após frequentar o programa por 1 ano? A hipótese é de que o programa pode ser implementado e que muitos benefícios as pessoas idosas teriam em participar, acreditando-se que será observada uma melhoria significativa da qualidade de vida após um (1) ano de participação ativa.

A metodologia do presente projeto de pesquisa consubstancia-se em um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, caracterizada como Pesquisa-ação, indicada para pesquisas aplicadas, liga-se também aos estudos que demandam acompanhamento por parte do pesquisador, que necessita ter tempo hábil e disponibilidade para acompanhar de perto um dado grupo. A pesquisa-ação, segundo Thiollent (1985) geralmente supõe uma forma de ação planejada, de caráter social, educacional, técnico ou outro. Neste estudo, pretende-se que haja efetiva promoção de saúde, sendo uma oportunidade ímpar e transformadora para a pessoa idosa melhorar distintos aspectos da vida e adquirir qualidade de vida.

## **ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO**

Segundo Lóss, Istoe e Santos (2020), o envelhecimento traz consigo mudanças que ocorrem durante o desenvolvimento humano, e um parâmetro para um bom envelhecer será a história de vida do sujeito, ou seja, o impacto no declínio e na autonomia da pessoa idosa de acordo com a vida e das experiências que teve.

À medida que a expectativa de vida da população está em ascensão, crescem também os transtornos mentais comuns (TMC) nas pessoas idosas. Deve-se lembrar de que as doenças mentais podem gerar outros desdobramentos nas áreas cultural, social, biológica e até econômica. Diante desses fatos, pode-se verificar na literatura um crescimento nas doenças não psicóticas como estresse, ansiedade, depressão, queixas de ordem somáticas em que mostra sofrimento mental, insônia, fadiga, esquecimento, entre outras. Atualmente tem sido considerado um problema de saúde pública mundial, devido à taxa alta de prevalência (Murcho; Pacheco; Jesus, 2016).

Azevedo, Azevedo e Istoe (2018) entendem o envelhecimento como um processo multifatorial, que deve considerar fatores biológicos, psicológicos e sociais de modo que se possa abordar a pessoa idosa de forma integral, conjunção necessária para prevenção do risco e da fragmentação do cuidado com implicações na qualidade de vida e possibilidade de chegar a um envelhecimento saudável e ativo.

## **SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA**

Estudos realizados demonstram que aproximadamente uma em cada três pessoas idosas apresentam alto risco para TMC e que elas relatam falta de interesse pela vida cotidiana e dificuldades para a tomada de decisões. Enquanto as pesquisas de caráter internacional destacam que 32,4% das pessoas idosas têm prevalência para TMC, no Brasil, essa prevalência oscila entre 29,6% e 47,4% (Rocha *et al.*, 2012).

Verifica-se também maior prevalência em pessoas de idade avançada do gênero feminino, baixa renda e de nível de escolaridade, cor negra e aqueles que apresentam doenças crônicas (Rocha *et al.*, 2011).

Constata-se a importância de recorrer à medicina integrativa, por se tratar de uma ciência com linhas de ação da prática médica centrada no paciente, que o percebe e considera como um todo, ou seja, de forma holística (corpo, mente e espiritualidade), a partir de atendimento individualizado, reconhecendo a singularidade de cada pessoa com suas características biológicas, emocionais, sociais e culturais. Baseia-se em evidências científicas e tem como pressuposto a interdisciplinaridade, abrangendo áreas diversas a fim de atender o paciente em sua totalidade (Sousa; Hortale; Bodstein, 2018).

### **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES À SAÚDE (PIC'S)**

Destaca-se que a medicina integrativa promove o autocuidado, centralizado no paciente, na relação terapêutica, levando-o a cuidar ativamente de sua saúde. O foco é cuidar da pessoa, e não dá doença em si, pois trata-se de uma assistência que visa à prevenção e melhoria da qualidade de vida, partindo de um plano de cuidados, integrando médico e paciente, de modo a ampliar o olhar para o bem-estar e a felicidade. Por esse motivo, é importante a participação de profissionais dispostos a compartilhar experiências e conhecimentos em prol da saúde do paciente (Sousa; Hortale; Bodstein, 2018).

A medicina integrativa tem sido discutida desde 1986, mais precisamente a partir da VII Conferência Nacional de Saúde; todavia, no Brasil, foi instituída como prática pelo Ministério da Saúde somente em 2006 e, em 2017, novos tipos de terapias integrativas e complementares foram atreladas à portaria nº 971/2006. As terapias integrativas englobam a MTC, acupuntura, fitoterapia, medicina antroposófica, termalismo ou crenoterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, ioga, meditação, musicoterapia, naturopatia,

osteopata, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala e terapia comunitária (Silveira; Sena; Oliveira, 2011).

É uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) promover as PIC's (Práticas Integrativas), entretanto, é possível constatar a carência de profissionais aptos para atuarem nessa esfera e divulgar os benefícios para a saúde da população. Um dos grandes desafios para a implementação de práticas integrativas está na formação em saúde, cujo currículo raramente dispõe de disciplinas com este cunho (Firmiano *et al.*, 2021).

### **DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA-AÇÃO**

Inicialmente para elaboração do estudo foi realizada a entrega do projeto à direção da Unidade de Saúde e protocolizado o pedido de autorização do comitê de ética da Prefeitura de Vitória, a qual está vinculada à médica idealizadora do projeto, com a aceitação e deliberação do projeto para ser iniciado em junho de 2024. Nesse ínterim, foi elaborado um cronograma e decidido que as reuniões do grupo ocorreriam no auditório da Unidade de Saúde, as 8h30min da manhã, quinzenalmente. Posteriormente, foi realizado alinhamento com a equipe multidisciplinar, durante a reunião de equipe, para que todos pudessem se envolver no projeto. Durante a reunião de equipe, foi proposta a participação dos profissionais de enfermagem, psicologia, educação físico, assistência social e fonoaudiologia, o que foi prontamente atendido. Foram elaboradas, a cada encontro do grupo, convites aos idosos, enviados com antecedência via Whatsapp com a finalidade de divulgar o projeto.

No primeiro encontro foram apresentados aos idosos presentes como seria a realização dos encontros, data e hora, de acordo com as necessidades do grupo. Foi aberto o espaço de fala para os idosos relatarem suas expectativas em relação ao grupo. E no mesmo dia foi realizada uma palestra expositiva com o tema “Envelhecimento Ativo”. Nessa oportunidade explanou-se o que é envelhecer ativamente

com saúde, o que fazer para conquistar saúde plena e os principais problemas em saúde mental que mais acometem os idosos. Nesse sentido, abordou-se o tema da luta antimanicomial e a importância da quebra do estigma em saúde mental. A reunião contou com a participação de aproximadamente 35 idosos entre homens e mulheres.

Nos encontros subsequentes, as propostas giravam em torno de rodas de conversas sobre depressão e tristeza, momentos em que os pacientes puderam contar suas histórias de vida e resignificar o passado; foram discutidas as medidas comportamentais e farmacológicas para lidar com sintomas de depressão, bem como a adequada adesão ao tratamento. Os idosos relataram como se sentem diante de um transtorno depressivo, diagnóstico prevalente em 70% dos participantes. Nesse encontro os pacientes relataram o uso abusivo de benzodiazepínicos, sendo devidamente orientados e educados a mudarem tal prática.

Nos encontros com práticas e atividades como “Mito e Verdade” sobre envelhecimento, os idosos tiraram suas dúvidas acerca das demências e doenças que acometem as pessoas na faixa etária a partir dos 60 anos. Nessa toada, relataram suas dificuldades e limitações da vida diária e a percepção que têm sobre envelhecer. Ainda durante os encontros, foi possível ensinar sobre higiene do sono através de uma dinâmica de grupo momento em que os idosos precisavam responder à pergunta disparadora “O que tira seu sono”. Visto que a insônia é um problema que demanda em nossa população de idosos, ao responder à referida pergunta, foi possível perceber que as alterações no sono são provenientes de gatilhos como problemas pessoais, ansiedade, depressão e estresse. A higiene do sono foi um tema abordado, seguido de práticas de meditação e atenção plena, que tem o objetivo de proporcionar a melhora dos quadros de ansiedade e agitação.

Aos idosos foi apresentada uma palestra sobre alimentação saudável, o que privilegiou a mudança do estilo de vida, a melhora de seus hábitos diários e o controle do diabetes e da hipertensão arterial. Subsequentemente, foram realizadas rodas de conversa sobre memórias, nas quais os idosos puderam compartilhar suas histórias

de vida mais significativas. Além disso, foi proporcionado um momento de aprendizagem e troca de saberes sobre chás medicinais, objetivando o uso dos chás como alternativa para diversas patologias; foram abordados os benefícios dos fitoterápicos na saúde e seu uso.

Em um outro encontro o tema de escolha foi Prevenção de Quedas, o que suscitou o debate com os usuários sobre a importância da prevenção. Foram trabalhados temas como meditação, momento em que os pacientes relaxaram e realizaram reflexões importantes sobre suas vidas, por meio da meditação guiada.

Abordando as PIC's, como tema, foi levado ao grupo a Fitoterapia e seu uso por meio dos chás medicinais, ofertando uma oficina prática com chás e degustação seguida de uma palestra educativa. Nesse ínterim, observa-se o genuíno interesse de todos em participar e agregar tais práticas às suas rotinas.

Outro tema de destaque foi a arteterapia, na qual trouxemos uma arteterapeuta convidada para oferecer uma aula de pintura em telhas, o que trouxe ao grupo motivação e até mesmo novas possibilidades de ter rentabilidade com atividades artísticas e de como a arte pode ser um facilitador da saúde mental.

Como parte do projeto, foi implementada no grupo a auriculoterapia, uma prática da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que, por meio da reflexologia, possibilita o tratamento de diversas patologias. Neste grupo, em específico, foi possível tratar ansiedade, insônia, dores crônicas, asma, dentre outras. Todos os participantes foram submetidos a 10 (dez) sessões cada para seu sintoma. Esclarece-se que em todos os casos foi possível observar melhora do quadro clínico do paciente, bem como a satisfação em participar do grupo.

Destaca-se que esta é uma experiência ímpar em que se percebe, na prática médica, como a implementação de um grupo em atenção primária pode ser eficaz, gerar um melhor vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários e proporcionar um atendimento integral. Isso permite uma aproximação que melhora toda a condição de saúde do paciente, abordando não apenas a doença, mas também

suas causas, problemas sociais e psicossociais, proporcionando uma visão holística do paciente.”

Dentre as modalidades e temas foi trabalhado a aromaterapia, mediante oficina prática com uso de óleos essenciais e seus benefícios e palestra expositiva. Foram escolhidos para esse encontro os óleos de lavanda, e capim limão. Nesse ínterim, foram trabalhadas as datas importantes como a campanha do setembro amarelo e outubro rosa. Realizamos com o grupo o “Arraia do grupo”, um momento para descontração dos participantes e fortalecimento do vínculo de amizade entre eles.

Posteriormente, tivemos a oportunidade de contar, voluntariamente, com a colaboração de um professor de dança, que destacou a importância da dança para a saúde mental. Tivemos ainda palestra sobre sexualidade na 3ª idade, IST’ em pessoas idosas. Também houve uma palestra com o tema luto, isto é, como lidar com as perdas e com as possibilidades de resignificá-las ao longo da vida, além de promover a troca de experiências. Essa atividade possibilitou uma escuta ativa dos usuários.

Além disso, é fundamental reconhecer o crescimento profissional que vem ao trabalhar com uma equipe multidisciplinar. Na atenção primária, o trabalho isolado não é eficaz; é essencial abordar o paciente em conjunto com a equipe, promovendo um cuidado mais completo e integrado. Nesse contexto, é importante ressaltar algumas contribuições de autores relevantes, como Witt (2005), que enfatiza a educação em saúde como um componente essencial na promoção da saúde e na prevenção de patologias, ajudando a reduzir o sofrimento dos usuários. O autor propõe que a ação educativa se estabelece com a implementação de programas determinados verticalmente, junto à comunidade, indivíduos ou grupos sociais.

Destarte, a educação em saúde tem o poder de contribuir para diminuir a procura dos usuários pela unidade de saúde, proporcionando-lhe maior satisfação com seu autocuidado. Nesse sentido, o profissional de saúde deve saber identificar quais problemas requerem um trabalho de educação em saúde, considerando que o

paciente possui necessidades que são biológicas, sociais, subjetivas e, também, históricas.

Dessa forma, a avaliação das necessidades abordadas não deve ser somente epidemiológica, mas também social e subjetiva (Dias, Silveira e Witt, 2009).

**Tabela 1 – Metodologia do Grupo**

Encontros do Grupo	Como eu fiz
1 -Envelhecimento Ativo	alestra expositiva
2- Depressão e Tristeza como diferenciar	Roda de Conversa
3- Higiene do Sono	Dinâmica de grupo
4- Envelhecer	Mitos e Verdades
5- Alimentação saudável e estilo de vida	Palestra expositiva
6- Hipertensão arterial, Diabetes e saúde bucal	Palestra expositiva
7- Meditação	Oficina prática em 2 momentos
8- Aromaterapia	Oficina prática e expositivo
9- Chás medicinais (fitoterapia)	Oficina prática e expositivo
10- Auriculoterapia	Palestra expositiva e aplicação individual 10 sessões
11- Direitos da pessoa idosa	Palestra expositiva
12 – Luto e finitude da vida: lidando com perdas	Roda de conversa
13- Arteterapia - arte em telhas	Oficina de pintura
14- Vacinação do idoso	Palestra expositiva
15- Como vencer a ansiedade	Roda de Conversa
16- Violência contra pessoa idosa	Palestra expositiva
17 – Saúde Emocional e como cuidar dela	Roda de Conversa
18- Arraiá Viver Bem	Festa
19- Sexualidade na Terceira Idade	Palestra expositiva
20- IST em idosos	Roda de conversa
21- Setembro Amarelo	Palestra expositiva / escuta ativa
22- Outubro Rosa	Palestra expositiva
23- Momento para feebback com pacientes	Formulários
24- Despedida do ano 2025	Café compartilhado

**Fonte:** Elaborado pela autora.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto do trabalho grupal, é clarividente a eficácia do grupo, que não pode ser medida quantitativamente, mas a partir da experiência de todos os envolvidos de forma qualitativa. Na APS, temos sempre a premissa de valorizar a fala do paciente, considerando sua experiência com a doença e com o tratamento. O grupo, por sua vez, promove espaço de fala e pertencimento, amplia a participação comunitária e melhora o vínculo dos profissionais com a comunidade.

Para a experiência na medicina, implementar um grupo durante o programa de residência com participação e adesão genuína, é compensador, visto que é possível visualizar na prática as premissas do SUS e os princípios e diretrizes da medicina de família, tais como: considerar o contexto da doença; priorizar a prevenção e educação em saúde; abordar o paciente de forma integral; considerar os aspectos subjetivos, como sentimentos e relacionamentos; construir uma relação médico-paciente ao longo do tempo; estar preparado para lidar com as características da comunidade e suas mudanças; conhecer as doenças mais raras que possam afetar a comunidade; coordenar o cuidado e colaborar para a construção da rede de cuidado da comunidade. Enfim, espera-se com esse estudo contribuir para a construção de conhecimentos e habilidades com grupos na Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D.P.G.; AZEVEDO, N.G. ISTOE, R.S.C. Envejecimiento y longevidad: interfaces biológicas, psicológicas y sociales. In ISTOE, R.S.C.; MANHÃES, F.C. SOUZA, C.H.M. (Orgs.). **Envelhecimento humano em processo**. Campos do Goytacazes-RJ: Brasil Multicultural, 2018.

BRASIL, **LEI 10.747/2003**. Estatuto da Pessoa Idosa. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741compilado.htm). Acesso em: 19 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Redação dada pela Lei nº 14.423, de 22 de julho 2022. 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm#](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm#). Acesso em: 19 maio 2025.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em Saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun., 2009

FIRMIANO, G. G. D.; FERREIRA, F. R. D. P.; TEIXEIRA, G. G.; OLIVEIRA, P. C.; RUBIOR, M.; MOREIRAM, E. C. Desafios encontrados pela medicina integrativa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 38, p. e8860, 24 nov. 2021.

FLORES, L. P. O. O Envelhecimento da população brasileira. **Redeca**, v. 2, n. 1, p. 86-100, jan./jun. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/jusam/Downloads/27901-73522-1-SM.pdf>. Acesso em: 16 maio 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População brasileira deve chegar ao máximo (228,4 milhões) em 2042**.

Disponível em: População brasileira deve chegar ao máximo (228,4 milhões) em 2042 | Agência de Notícias. Acesso em: 19 maio 2025.

LÓSS, J. C. S.; ISTOE, R. S. C.; SANTOS, M. F. R. EsqueSER: um estudo sobre memórias e intervenção no envelhecimento. **Envelhecimento humano**, p. 334, 2020.

MURCHO, N.; PACHECO, E.; JESUS, S. N. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. **Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental**, n. 15, p. 30-36, 2016.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** n. 16, p. 1801-1811, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n3/1801-1811/pt>. Acesso em: 16 jun. 2025.

ROCHA S. V.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAÚJO, T. M.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre pessoa idosas residentes em um município do nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, ano 60; n. 2, p. 80-85, 2011.

ROCHA S. V.; ALMEIDA, M. M.; G.; ARAÚJO, T. M.; MEDEIROS-RODRIGUES, W. K.; BARRETO-SANTOS, L.; JAIR S. VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. Prevalência de transtornos mentais comuns entre pessoa idosas residentes em município do Nordeste do Brasil. **Revista de Salud Pública**, ano 14, n. 4, p. 620-629, 2012.

SILVEIRA, M. R. SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, ano 15, n. 2, p. 196-20, 2011.

SOUSA, I. M. C.; HORTALE, V. A.; BODSTEIN, R. C. A. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, ano 23, n. 10, p. 3403-3412, 2018.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

WITT, Rosângela R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuições à construção das funções essenciais de saúde pública**. 262 f. Tese de Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005. 2020.

# **ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA POPULAÇÃO SUPER IDOSA: UMA ANÁLISE MÉDICA E LEGAL DOS DIREITOS CONSTITUCIONAIS**

*Delphino Layber Neto*<sup>45</sup>

*Diego do Nascimento Sousa*<sup>46</sup>

*Matheus do Nascimento Sousa*<sup>47</sup>

## **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

Em países em desenvolvimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) define idosos como indivíduos com 60 anos ou mais; e, em países desenvolvidos, a idade é 65 anos ou mais. Projeções indicam que, até 2025, o Brasil será o sexto país com a maior população idosa. Na verdade, o envelhecimento populacional não é exclusividade do Brasil, mas sim uma tendência global, resultante do declínio das taxas de fertilidade e do aumento da longevidade (Brasil, 2006; Brasil, 2017). Essa transfiguração traz uma transformação nos perfis epidemiológicos e demográficos, com redução da fecundidade e mortalidade, além do crescimento da expectativa de vida.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental no atendimento às necessidades da população idosa. A APS é reconhecida pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) como a principal via de acesso à saúde, encadeando serviços especializados quando necessário. É inidispensável implementar estratégias eficazes na APS na prevenção de hospitalizações evitáveis e promoção da qualidade de vida dos idosos, devido às altas taxas de

---

45 Bacharel em Direito. Acadêmico em Medicina. E-mail: dlayber@hotmail.com

46 Procurador Municipal. Pós-graduado em Direito Contemporâneo (com ênfase em Prática Civil) e em Direito Constitucional. Membro da 46ª Subseção da OAB/RJ, ocupando o cargo de Secretário Adjunto e Presidente da Comissão OAB Vai à Escola. Acadêmico de Medicina da Unig-Itaperuna/RJ. Pesquisador na área de Medicina e Cientificidade na Unig-Itaperuna/RJ. <http://lattes.cnpq.br/4007044910240904>

47 Acadêmico em Medicina. <http://lattes.cnpq.br/4797866417745609>

fragilidade e dependência entre essa população. A APS, como núcleo do SUS e estratégia de cuidado contínuo, deve assegurar acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação – atributos essenciais para um atendimento adequado aos idosos (Soares *et al.*, 2023).

O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei 10.741/2003) garante prioridade no atendimento, exigindo obrigações do sistema e dos profissionais de saúde. Porém, a pandemia da Covid-19 evidenciou deficiências no acesso presencial, levando a uma migração para a telessaúde, o que impactou a qualidade da APS para os idosos (Silva *et al.*, 2024). Embora muitos destes tenham avaliado positivamente a telessaúde, persiste a dúvida sobre sua eficácia em garantir integralidade no cuidado, especialmente em doenças crônicas complexas (Piuvezam *et al.*, 2016). Ademais, a fragmentação dos serviços e a falta de integração reduzem a capacidade da APS de coordenar o cuidado aos idosos (Teixeira, 2024), além de lacunas no acesso, como escassez de profissionais e infraestrutura inadequada (Starfield, 2002).

Sob o ponto de vista jurídico, a superprioridade estabelecida pela legislação requer uma resposta sistêmica do SUS, garantindo universalidade e equidade. Nesse sentido, este capítulo visa analisar, de forma integrada (médica e legal), o acesso e a qualidade da APS para a população idosa, caracterizando esse grupo prioritário e propondo discussões sobre os direitos constitucionais assegurados.

## **CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA POPULAÇÃO SUPERIDOSA**

O crescimento da população superidosa é impulsionado pela queda nas taxas de mortalidade infantil e crônica, assim como pelo aumento da longevidade, resultando em uma pirâmide etária invertida que desafia os sistemas de saúde (Ogura; Jakovljevic, 2018; Shreya; Fish; Du, 2025). Estudos mostram que essa faixa etária apresenta elevada prevalência de comorbidades, como hipertensão, diabetes e doenças neurodegenerativas, além de altos níveis de fragilidade, que

estão interligados a vulnerabilidades biopsicossociais (De Castro Silva *et al.*, 2024; Vieira *et al.*, 2023; Cunha *et al.*, 2023).

A autopercepção da saúde entre os superidosos frequentemente não reflete a complexidade real de suas condições clínicas. Muitas vezes, eles apresentam uma sensação subjetiva de bem-estar que contrasta com o acúmulo silencioso de comorbidades crônicas, declínio funcional e fragilidade. Essa disparidade entre percepção e realidade clínica não apenas compromete a adesão a terapias, frequentemente consideradas desnecessárias, como também dificulta o engajamento em estratégias de prevenção secundária e reabilitação, prejudicando o acompanhamento contínuo e efetivo pelos serviços de saúde (Alcântara; Figueiredo; Costa, 2025).

Cerca de um terço dos superidosos já foi hospitalizado por causas sensíveis à APS, o que destaca a importância dessa modalidade de atendimento como um mecanismo preventivo. Evidências mostram que estratégias de autocuidado, educação em saúde e formação de grupos comunitários podem levar a reduções significativas nas internações (Bermúdez-Tamayo *et al.*, 2004).

Ocorre que a fragilidade social (caracterizada por baixa renda, falta de apoio familiar e acesso inadequado à informação) agrava as condições clínicas dos superidosos e limita seu acesso à APS. Contudo, o aumento na escolaridade confere uma melhor compreensão das orientações preventivas, evidenciando a importância da educação em saúde como um instrumento de empoderamento. Em geral, o perfil clínico dessa população requer uma atenção comunitária qualificada, com profissionais capacitados e ações integradas entre casa, comunidade e serviços de referência. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal via de acesso desses idosos à APS, por meio de equipes multiprofissionais que atuam em territórios específicos.

Adicionalmente, a superidade impõe desafios relacionados à mobilidade, ao uso de tecnologia e ao suporte social, exigindo ajustes nas políticas públicas para superar barreiras organizacionais e financeiras (Nascimento; Duarte; Porto Chiavegatto Filho, 2022; Guedes *et al.*, 2017).

## **ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: PERSPECTIVAS INTERDISCIPLINARES ENTRE MEDICINA E DIREITO**

O direito à saúde, conforme estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, sendo garantido por meio de políticas sociais e econômicas que buscam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. A APS é a principal estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para efetivar esse direito. Inspirada pela Declaração de Alma-Ata (1978) e reforçada por pactos internacionais, a APS é fundamental para garantir cuidado contínuo e integral à população, além de contribuir para a redução das desigualdades em saúde e judicializações.

No Brasil, a APS é operacionalizada principalmente pela ESF, que cobre mais de 60% da população, especialmente em áreas vulneráveis. Estudos como o de Macinko, Harris e Ribeiro (2022) demonstram que a ampliação da ESF reduz a mortalidade infantil e melhora indicadores de doenças crônicas, mas a expansão não elimina disparidades regionais, especialmente no Norte e Nordeste, onde faltam recursos humanos e infraestrutura adequada.

Análises recentes, como a da OCDE (2021), apontam que, apesar do potencial do modelo brasileiro de APS, este enfrenta desafios significativos relacionados a financiamento, formação profissional e coordenação do cuidado. Em 2020, inicia-se o novo modelo de financiamento, “Previne Brasil”, a fim de corrigir distorções por meio de critérios populacionais e de vulnerabilidade. No entanto, pesquisa da UFMG (2023) indica que municípios mais pobres estão lutando para atingir as metas, o que pode aprofundar desigualdades regionais.

Em relação ao acesso à APS, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad-Covid) revelou que, em 2022, cerca de 62,3% dos brasileiros necessitados de atenção primária não buscaram os serviços, citando superlotação, demora e inflexibilidade nos agendamentos como principais motivos (Vital Strategies, 2024). O PCATool Brasil também apontou que o “acesso de primeiro contato”

apresentou o pior desempenho, especialmente em termos de tempo de espera e disponibilidade para atendimento não agendado (Brasil, 2021).

Como se nota, o acesso à saúde envolve múltiplas dimensões, como disponibilidade de serviços e barreiras geográficas. Em regiões remotas, como a Amazônia Legal, a distância e a falta de transporte constituem obstáculos significativos. A desconsideração a fatores organizacionais (como rigidez nas agendas e alta rotatividade de profissionais) fragmentam o cuidado, comprometendo a continuidade e a qualidade do atendimento (Garnélo; Lima; Mattos, 2023).

Do ponto de vista jurídico, a judicialização do acesso à APS é frequente, com o Poder Judiciário sendo solicitado a garantir não apenas medicamentos, mas também consultas e exames básicos. À vista disso, a jurisprudência recente do STF enfatiza que a integralidade do cuidado implica qualidade técnica e acesso efetivo aos serviços de saúde; e a falta de cuidado resolutivo na APS representa uma falha do Estado no cumprimento de um direito fundamental (Brasil. STF, 2022). Assim, o Judiciário torna-se uma via de reparação quando há falhas no acesso à saúde.

Por seu turno, a assistência farmacêutica básica, componente essencial da APS, enfrenta sérios obstáculos. Apesar da disponibilidade da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e diretrizes para dispensação, problemas logísticos, desabastecimento e descontinuidade das compras públicas têm aumentado a judicialização para a obtenção de medicamentos. Em auditorias recentes, o Ministério da Saúde constatou que mais de 30% dos municípios apresentavam estoque crítico de medicamentos básicos, como anti-hipertensivos e insulinas, comprometendo o acesso e a adesão ao tratamento, além de resultar em agravamentos evitáveis de doenças crônicas (Brasil. Rename, 2022).

A pandemia de Covid-19 acentuou as fragilidades da APS. De 2020 a 2022, a atenção primária foi crucial para vigilância epidemiológica e campanhas de vacinação. No entanto, um estudo na Bahia (Torres; Santos; Medeiros, 2024) revelou que muitos municípios careciam

de estrutura adequada para lidar com demandas agudas e crônicas, evidenciando fragilidades em gestão e comunicação na rede de saúde. O esgotamento dos profissionais e o colapso da capacidade instalada afetaram a continuidade do cuidado.

Diante das fragilidades na APS, é imperativo adotar estratégias inovadoras, como saúde digital, telemedicina e prontuários eletrônicos, para ampliar o acesso, especialmente em áreas rurais e de difícil acesso (OCDE, 2021; OPAS, 2023). No campo formativo, é fundamental promover uma formação interprofissional para médicos e juristas, com foco nos princípios do SUS e em temas como justiça distributiva e responsabilidade social. Médicos de família devem ser capacitados para entender não apenas a clínica, mas também os direitos dos usuários e os mecanismos legais que garantem o acesso. Já os profissionais do direito devem se atualizar sobre a prática da APS para lidar de forma mais eficaz com a judicialização e as políticas públicas.

Assim, a construção do acesso à APS no Brasil deve ser vista como um processo técnico-jurídico em constante evolução. Garantir esse acesso vai além da disponibilização de serviços; envolve a adequação cultural, acessibilidade e respeito aos direitos fundamentais. Superar os obstáculos requer investimentos financeiros sustentáveis, gestão local fortalecida, tecnologias inovadoras e formação interprofissional, com diálogo entre Medicina e Direito. Isso é vital para um sistema de saúde público que seja universal, igualitário, integral e resolutivo.

## **QUALIDADE DA SAÚDE DA POPULAÇÃO COM IDADE SUPERIOR A 80 ANOS**

### **CONDIÇÕES DE SAÚDE NA VELHICE AVANÇADA**

A velhice avançada, especialmente entre pessoas com 80 anos ou mais, é caracterizada por transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais que afetam a qualidade de vida e a saúde. Com o aumento da expectativa de vida, é cabal entender os desafios

enfrentados por esse grupo, que se torna mais vulnerável a doenças crônicas, limitações funcionais e fragilidade orgânica, necessitando de cuidados específicos e contínuos.

Fatores como estilo de vida, acesso aos serviços de saúde, histórico ocupacional e nível socioeconômico influenciam as condições de saúde dos idosos longevos, sendo essenciais para a análise do bem-estar nessa fase. Segundo Costa, Carrera e Marques (2021), a qualidade de vida dos idosos resulta de interações entre fatores biopsicossociais, de modo que a saúde física é apenas um elemento entre suporte social e satisfação subjetiva.

Outra característica marcante entre indivíduos acima de 80 anos é a fragilidade física, que aumenta o risco de quedas, fraturas e dependência funcional. As fraturas de fêmur, por exemplo, são um grave problema de saúde pública no Brasil, representando uma possibilidade elevada de perda de autonomia (Macedo *et al.*, 2019). A recuperação prolongada é frequentemente acompanhada por complicações, impactando tanto os sistemas de saúde quanto as famílias, que muitas vezes não estão preparadas para os cuidados pós-operatórios.

Os idosos longevos apresentam alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes tipo 2, osteoartrite, cardiopatias e doenças respiratórias. Quando não tratadas, essas condições afetam a autonomia funcional e aumentam as taxas de internação e mortalidade. A polifarmácia, comum nessa faixa etária, eleva as causas de interações medicamentosas e reações adversas, evidenciando a necessidade de uma abordagem gerontológica específica e humanizada. Segundo Costa, Carrera e Marques (2021), a percepção da saúde dos idosos está ligada ao manejo adequado das doenças crônicas e ao suporte dos serviços de saúde.

A saúde mental também é determinante para idosos acima de 80 anos. Porém, frequentemente, são negligenciados no cuidado geriátrico sintomas depressivos, solidão e limitações diárias – agravantes do estado emocional. Estudos mostram que o bem-estar psicológico é essencial para manter a qualidade de vida e prevenir

o declínio cognitivo. Costa, Carrera e Marques (2021) destacam que suporte social e vínculos afetivos atuam como fatores protetores contra o sofrimento psíquico.

Como se constata, o acesso aos serviços de saúde é uma questão central. Apesar de avanços nas políticas públicas, ainda existem barreiras, especialmente no sistema de saúde suplementar. Sousa *et al.* (2021) apontam um aumento nas reclamações de idosos sobre dificuldades em agendar consultas, falta de cobertura para exames e demoras na autorização de procedimentos. Essas limitações comprometem a continuidade do cuidado e afetam negativamente a evolução clínica dos pacientes longevos.

Além dessas barreiras estruturais, fatores socioculturais afetam a saúde de idosos acima de 80 anos. A escolaridade é determinante na compreensão das orientações médicas, adesão ao tratamento e uso consciente dos serviços de saúde. Victorio e De Andrade Gonçalves (2021) observaram que, em contextos rurais como o Assentamento Rio Madeira, idosos com baixa escolaridade e histórico de trabalho braçal têm saúde mais debilitada, apresentando maior incidência de dores, doenças cardiovasculares e limitações de mobilidade. A vulnerabilidade social e a falta de infraestrutura agravam ainda mais essa situação, evidenciando a necessidade de fortalecer a atenção básica à saúde no interior do país.

Vê-se, pois, que a saúde na velhice avançada é um fenômeno complexo que exige uma abordagem integral e intersetorial. É fundamental promover um modelo de cuidado que valorize a autonomia, dignidade e direitos dos idosos, incluindo prevenção de quedas, acompanhamento de doenças crônicas, suporte psicológico e atividades físicas. Segundo Costa, Carrera e Marques (2021), as intervenções em saúde devem considerar as particularidades individuais e os contextos socioculturais para serem eficazes e justas.

As políticas públicas como a ESF e o Programa Melhor em Casa são fundamentais para fornecer serviços aos idosos, especialmente os com mobilidade reduzida. A eficácia dessas iniciativas depende de investimento contínuo, formação de equipes especializadas

e a integração com outras políticas sociais, como habitação e assistência. Macedo *et al.* (2019) ressaltam que ações preventivas, como fortalecimento muscular e adequação dos lares, podem reduzir custos com internações. Além disso, o preconceito etário, ou ageísmo, prejudica o cuidado à saúde dos idosos, levando à naturalização de sintomas e limitações como inevitáveis, resultando em subdiagnóstico e subtratamento. Segundo Sousa *et al.* (2021), o aumento das reclamações na saúde suplementar reflete um descaso institucionalizado, demandando mudanças culturais e estruturais no modelo de atenção à saúde.

## **PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS**

Promover a qualidade de vida em idosos acima de 80 anos é um grande desafio para as políticas públicas de saúde, dada a fragilidade fisiológica, psicológica e social dessa faixa etária. Embora a longevidade seja uma conquista, ela traz demandas crescentes por cuidados que garantam bem-estar, autonomia e dignidade. É essencial adotar ações que promovam a saúde e previnam agravos, considerando as especificidades dessa população.

As estratégias devem incluir não apenas o cuidado clínico, mas também aspectos como alimentação adequada, estímulo à expressão artística e cultural, prevenção de quedas e doenças crônicas, além de construir ambientes saudáveis e inclusivos. A alimentação é um pilar fundamental para o envelhecimento saudável, pois a qualidade da dieta influencia na saúde e na prevenção de doenças crônicas. A pesquisa de Assumpção *et al.* (2022) mostra que idosos que seguem as recomendações alimentares têm menor prevalência de doenças crônicas. Portanto, é basilar que os serviços de saúde integrem ações de educação alimentar, promovendo acesso à informação e a alimentos de qualidade.

Em contrapartida, uma alimentação inadequada agrava as condições de saúde na velhice. Passos *et al.* (2021) associaram dietas

desequilibradas à dislipidemia, obesidade e hipertensão. Profissionais de saúde devem orientar sobre alimentação, respeitando as preferências culturais enquanto incentivam escolhas mais saudáveis adaptadas às necessidades dos idosos.

A prevenção de quedas é determinante para a qualidade de vida de idosos com mais de 80 anos, representando um sério problema de saúde pública. Dados de Lima *et al.* (2022) mostram um aumento significativo nas internações hospitalares por quedas entre 2000 e 2020, gerando altos custos ao SUS. Além das consequências físicas, como fraturas e perda de mobilidade, as quedas também afetam o bem-estar emocional, gerando medo e isolamento. Medidas eficazes para prevenção incluem adaptações nos lares, exercícios para fortalecer músculos e melhorar o equilíbrio e capacitação de cuidadores para identificar fatores de risco.

Doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão, também impactam negativamente a qualidade de vida dos idosos. De Castro Silva *et al.* (2022) ressaltam que a mortalidade por hipertensão no Brasil permanece alta, demandando não apenas medicamentos, mas adesão a hábitos saudáveis e acompanhamento contínuo. Estratégias preventivas são especialmente necessárias para os acima de 80, devido à fragilidade e comorbidades comuns nessa faixa etária.

Além disso, a relação entre tonturas e fragilidade física é preocupante. De Oliveira e Pinheiro (2022) demonstraram que tonturas afetam significativamente a autonomia dos idosos, aumentando o risco de quedas. As causas podem variar e exigem uma abordagem interdisciplinar, incluindo avaliações regulares, tratamentos específicos e intervenções para fortalecer a musculatura e melhorar a postura.

Estratégias inovadoras que incluem atividades artísticas e culturais têm mostrado benefícios significativos na saúde mental e emocional de idosos acima de 80 anos. O estudo de Ledesma *et al.* (2021) relata uma experiência positiva em uma instituição de longa permanência, onde a expressão artística, através de pintura, música e poesia, ajudou a aumentar a autoestima, o sentimento

de pertencimento e a reduzir a solidão. Essa abordagem destaca a importância de valorizar as potencialidades dos idosos, oferecendo espaços para criatividade, convivência e memória afetiva.

Portanto, promover qualidade de vida em pessoas com mais de 80 anos requer uma abordagem multifacetada que transcenda o tratamento de doenças. É vital considerar determinantes sociais da saúde como qualidade do ambiente, redes de apoio familiar e comunitária, além de acesso a serviços de saúde humanizados. A promoção deve incluir espaços de escuta, respeito à autonomia e reconhecimento dos idosos como sujeitos de direito, não apenas como destinatários passivos de cuidados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Inferre-se dessas reflexões que a análise do acesso e da qualidade da APS para a população superidosa (80 anos ou mais) revela um contraste entre os avanços normativos e os desafios operacionais do SUS. Embora a Constituição de 1988 garanta o direito à saúde, os limites institucionais dificultam a efetivação dos princípios de universalidade e equidade, resultando em serviços insuficientes e fragmentados (Brasil, 1988). Compreende-se que a baixa qualidade e o acesso insuficiente configuram uma falha administrativa e violam direitos constitucionais, levando à judicialização das demandas de saúde como uma resposta à omissão do Estado.

Em vista disso, é peremptória a intersecção entre Medicina e Direito na elaboração de políticas que abordem as especificidades do envelhecimento. A APS precisa ser reformulada com uma abordagem gerontológica, focando no cuidado contínuo e na promoção da autonomia, o que exige mais financiamento e equipes especializadas.

Foi na pandemia de Covid-19 que se tornou evidente a urgência de uma reorientação no modelo de APS, considerando os determinantes sociais da saúde. Verificou-se que o pleno acesso e a qualidade da APS para superidosos dependem da articulação entre

direito, planejamento sanitário e compromisso político. Outrossim, a efetivação do cuidado em saúde se manifestou como prioridade da dignidade da velhice, assegurando que envelhecer seja sinônimo de cuidado integral à saúde.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Leovaldo; FIGUEIREDO, Teodora; COSTA, Elísio. Exploring the perceptions and self perceptions of therapeutic adherence in older adults with chronic conditions: a scoping review. **Patient Prefer Adherence**, v. 19, p. 503-526, 1 mar. 2025. Disponível em: <https://www.dovepress.com/exploring-the-perceptions-and-self-perceptions-of-therapeutic-adherence--peer-reviewed-fulltext-article-PPA>. Acesso em: 28 jun. 2025.

ASSUMPCÃO, Daniela de; CAIVANO, S.; CORONA, L. P.; BARROS, M. B. D. A.; BARROS FILHO, A. D. A.; DOMENE, S. M. Á. O que revela o Índice de Qualidade da Dieta associado ao Guia Alimentar Digital comparativamente a outro índice, em idosos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 04, p. 1477-1490, 2022.

BERMÚDEZ-TAMAYO, Cecilia; MÁRQUEZ-CALDERÓN, S.; RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA, M. M.; PEREA-MILLA, E.; ORTIZ ESPINOSA, J. Características organizativas da atenção primária e hospitalização por condições sensíveis à APS. **Atenção Primária**, Barcelona, v. 33, n. 6, p. 305-311, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/NgHLHtC69FZyB9Ss4RjG5Cr/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 02 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Redação dada pela

Lei nº 14.423, de 22 de julho 2022. 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm#](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm#). Acesso em: 19 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2025.;

BRASIL. Ministério da Saúde. **PCATool Brasil**: avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saudebrasil/pt-br/assuntos/noticias/2020/outubro/desempenho-da-atencao-primaria-a-saude-no-brasil-e-alvo-de-pesquisa-inedita>. Acesso em: 02 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais** – Rename. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/renome>. Acesso em: 02 jul. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Decisões sobre judicialização da saúde**. Brasília, DF: STF, 2022. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=saude>. Acesso em: 01 jul. 2025.

COSTA, Roumayne Medeiros Ferreira; CARRERA, Márcia; MARQUES, Ana Paula. Fatores que influenciam a qualidade de vida global de idosos longevos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2021.

CUNHA, Alan Nogueira da; ZANETTI, Maria Lucia; SANTOS, Jair Lício Ferreira; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Frailty syndrome and sarcopenia in older adults with and without type 2 diabetes mellitus in the municipality of Sinop, Mato Grosso: an epidemiological study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, e4077, 2023. DOI:

10.1590/1518-8345.6677.4077. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cndcb9Dcnxffp6cTPDkYMLH/>. Acesso em: 28 jun. 2025.

DE CASTRO SILVA, L. G.; DA SILVA, S. L. A.; NERI, A. L.; LOURENÇO, R. A.; FERRIOLI, E.; PEREIRA, L. S. M.; DE BRITO, G. E. G. Associação entre fragilidade física, diabetes mellitus e hipertensão arterial: um estudo da Rede Fibra Brasil. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, 27 dez. 2024. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/132975>. Acesso em: 26 jun. 2025.

DE OLIVEIRA, Jeremias Bruno Silva; PINHEIRO, Hudson Azevedo. Associação entre tontura e fragilidade em idosos. **Fisioterapia Brasil**, v. 23, n. 1, p. 51-61, 2022.

GARNÉLO, Luiza; LIMA, Janicleide G. F.; MATTOS, Rubens A. Atenção primária e equidade no acesso à saúde na Amazônia Legal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 453-464, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.12342022>. Acesso em: 02 jul. 2025.

GUEDES, Marcelo Barbosa Otoni Gonçalves; LIMA, Kenio Costa; CALDAS, Célia Pereira; VERAS, Renato Peixoto. Apoio social e cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n4/1185-1204/pt/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

LEDESMA, Fabio Ricardo; PACHECO, Sandra Maria; BARROSO, Áurea Eleotério Soares; XAVIER, César Rey. Fazer arte não tem idade: experiência em saúde e aprendizado de idosos em uma instituição de longa permanência. p. 132-142. *In*: RIGUE, Fernanda Monteiro; MALAVOLTA, Ana Paula Parise (Orgs.). Veranópolis: Diálogo Freiriano, 2021.

LIMA, Juliana da Silva; QUADROS, Deise Vacario de; SILVA, Sabrina Letícia Couto da; TAVARES, Juliana Petri; PAI, Daiane Dal. Custos das autorizações de internação hospitalar por quedas de idosos no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2000-2020: um estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. e2021603, 2022.

MACEDO, G. G.; TEIXEIRA, T. R. G.; GANEM, G.; DE CERQUEIRA DALTRO, G.; FALEIRO, T. B.; ROSÁRIO, D. A. V.; FRANCO, B. A. F. M. Fraturas do fêmur em idosos: um problema de saúde pública no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, 6, e1112-e1112, 2019.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; RIBEIRO, J. M. Avaliação de políticas públicas e impacto da Estratégia Saúde da Família no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp>. Acesso em: 02 jul. 2025.

NASCIMENTO, Carla Ferreira do; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; PORTO CHIAVEGATTO FILHO, Alexandre Dias. Fatores associados à limitação da mobilidade funcional em idosos do Município de São Paulo, Brasil: análise comparativa ao longo de 15 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. e00196821, 2022.

OCDE. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Paris: OECD Publishing, 2021. Disponível em: [https://www.oecd.org/pt/publications/estudo-da-ocde-da-atencao-primaria-a-saude-no-brasil\\_9bf007f4-pt.htm](https://www.oecd.org/pt/publications/estudo-da-ocde-da-atencao-primaria-a-saude-no-brasil_9bf007f4-pt.htm). Acesso em: 02 jul. 2025.

OGURA, Seiritsu; JAKOVLJEVIC, Mihajlo Michael. Global population aging – health care, social and economic consequences. **Frontiers in Public Health**, v. 6, p. 335, 20 nov. 2018. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00335/full>. Acesso em: 28 jun. 2025.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Resumo. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. United States of America, WHO/FWC/ALC/15.01. Disponível em: OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf. Acesso em: 20 jul. 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Transformando os serviços de saúde: o papel da APS no século XXI**. Brasília, DF: OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 02 jul. 2025.

PASSOS, A. C. M.; DE SOUZA FERNANDES, D. P.; RIBEIRO, A. Q.; DE MIRANDA MILAGRES, R. C. R.; DUARTE, M. S. L. Qualidade da alimentação de idosos longevos e doenças crônicas não transmissíveis. **Semina: Ciências biológicas e da Saúde**, v. 42, n. 2, p. 167-178, 2021.

PIUVEZAM, G.; DE LIMA, K. C.; DE CARVALHO, M. S.; XAVIER, V. G. P.; DA SILVA, R. A.; DANTAS, A. R. F.; DE ARAÚJO NUNES, V. M. Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 92-100, jan./abr. 2016. DOI: 10.1016/j.rpsp.2015.05.003. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-atencao-primaria-a-saude-e-S0870902515000401>. Acesso em: 28 jun. 2025

SHREYA, Devarashetty; FISH, Peter N.; DU, Doantrang. Navigating the future of elderly healthcare: a comprehensive analysis of aging populations and mortality trends using National Inpatient Sample (NIS) data (2010–2024). **Cureus**, v. 17, n. 3, e80442, mar. 2025. Disponível em: <https://www.cureus.com/articles/80442-navigating-the-future-of-elderly-healthcare-a-comprehensive-analysis-of-aging-populations-and-mortality-trends-using-national-inpatient-sample-nis-data-2010-2024>. Acesso em: 28 jun. 2025.

SILVA, C. C. D.; SILVA, V. D. L.; MEDEIROS, G. C. D.; ARRUDA, J. D. L.; MOREIRA, R. D. S. Atenção Primária à Saúde da pessoa idosa na

pandemia da covid-19. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, p. e230239, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/XTpwnsf68hHbQCwdyzqXJKz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2025.

SOARES, E. C. de A.; RAMALHO, J. P. G.; SILVA, M. B. de A.; SILVA, M. B. da; LUCENA, C. C. C.; SOUZA, E. de O.; MACENA, R. da S.; TORRES, A. E. de A.; PERDIGÃO, K. F. A.; DANTAS, E. D.; SANTOS, L. D. da S.; SANTOS, S. da S.; CALDAS, W. da S.; OLIVEIRA, A. E. A.; PONTES, A. T. A. de; SILVA, E. S. da; GUIDA, V. M. L.; PAZ, I. V. G. L.; LIMA, R. C.; SILVA, T. W. S. da; SANTOS, M. C. S. dos. Educação em saúde do idoso na atenção básica: conceitos e reflexões. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ano 8, ed. 6, v. 5, p. 17-27, jun. 2023. ISSN 2448-0959. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/conceitos-e-reflexoes. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/conceitos-e-reflexoes>. Acesso em: 28 jun. 2025.

SOUSA, N. C. D.; OLIVEIRA, R. R. D.; SALCI, M. A.; CARREIRA, L.; RODRIGUES, T. F. C. D. S.; RADOVANOVIC, C. A. T. Aumento nas reclamações de idosos sobre a saúde suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5123-5131, 2021.

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

TEIXEIRA, Elena. Análise da eficiência da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado da população idosa na Rede de Atenção à Saúde. **Revista FT: Ciências da Saúde**, v. 29, ed. 140, 25 nov. 2024. DOI: 10.69849/revistaft/cl10202411251830. Disponível em: <https://revistaft.com.br/analise-da-eficiencia-da-atencao-primaria-a-saude-como-ordenadora-do-cuidado-da-populacao-idosa-na-rede-de-atencao-a-saude/>. Acesso em: 28 jun. 2025.

TORRES, L. S.; SANTOS, J. M.; MEDEIROS, L. P. A. Desafios de gestão da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 24, n. 49, p. 1-15, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.49.14779>. Acesso em: 02 jul. 2025.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. NORONHA, K.; ANDRADE, M. V.; SILVA, D. M. Indicadores municipais da Atenção Primária à Saúde no Brasil: desempenho e estrutura no período 2020-2022. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p. 1-23, 2023. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v5i2.285>. Acesso em: 02 jul. 2025.

VICTORIO, Verônica Cristina Mayrinck; DE ANDRADE GONÇALVES, Edira Castello Branco. Aspectos de saúde relacionados a idade, escolaridade e produções agrícolas de agricultores no Assentamento Rural Rio Madeira-RO. **Agricultura Familiar: Pesquisa, Formação e Desenvolvimento**, v. 14, n. 2, p. 183-202, 2021

VIEIRA, R. A.; GUERRA, R. O.; GIACOMIN, K. C.; VASCONCELOS, K. S. D. S.; ANDRADE, A. C. D. S.; PEREIRA, L. S. M.; DIAS, R. C. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo Fibra. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HZNRyWJv7kTB7Q3ZfszXxR/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2025.

VITAL STRATEGIES. **Mais dados, mais saúde**: estudo sobre o acesso à atenção primária no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Federal de Pelotas (UFPel), 2024. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2025/04/7122582-mais-da-metade-dos-brasileiros-nao-busca-atencao-primaria-a-saude-diz-estudo.html>. Acesso em: 02 jul. 2025.

