

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Wagner Elias de Melo Moreira

Análise dos atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado da pessoa idosa adscrita na Estratégia Saúde da Família, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019

Juiz de Fora

2025

Wagner Elias de Melo Moreira

Análise dos atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado da pessoa idosa adscrita na Estratégia Saúde da Família, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde. Área de concentração: Pesquisa em saúde humana.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite
Co-orientadoras: Profa. Dra. Silvia Lanziotti Azevedo da Silva
Profa. Dra. Luciane Teixeira Passos Giarola

Juiz de Fora
2025

Moreira, Wagner Elias de Melo.

Análise dos atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado da pessoa idosa adscrita na Estratégia Saúde da Família, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 / Wagner Elias de Melo Moreira. -- 2025.

134 p. : il.

Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientadoras: Silvia Lanziotti Azevedo da Silva, Luciane Teixeira Passos Giarola

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2025.

1. Atenção primária à saúde. 2. Idoso. 3. Inquéritos populacionais. 4. Análise multivariada. I. Leite, Isabel Cristina Gonçalves, orient. II. Silva, Silvia Lanziotti Azevedo da, coorient. III. Giarola, Luciane Teixeira Passos, coorient. IV. Título.

Wagner Elias de Melo Moreira

Análise dos atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado da pessoa idosa adscrita na Estratégia Saúde da Família, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019

Tese apresentada
Programa de Pós-
Graduação em Saúde
da Universidade Federal
de Juiz de Fora como
requisito parcial à
obtenção do título de
Doutor em Saúde. Área de
concentração: Pesquisa
em Saúde Humana

Aprovada em 10 de abril de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Silvia Lanziotti Azevedo da Silva - Coorientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Luciane Teixeira Passos Giarola
Universidade Federal de São João del Rei

Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Érika Andrade e Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Sergio William Viana Peixoto

Profa. Dra. Juliana Lustosa Torres
Universidade Federal de Minas Gerais

Juiz de Fora, 27/03/2025.



Documento assinado eletronicamente por Isabel Cristina Goncalves Leite, Professor(a), em 10/04/2025, às 12:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Erika Andrade e Silva, Professor(a), em 10/04/2025, às 12:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por SILVIA LANZIOTTI AZEVEDO DA SILVA, Professor(a), em 10/04/2025, às 12:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Sérgio William Viana Peixoto, Usuário Externo, em 10/04/2025, às 12:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Juliana Lustosa Torres, Usuário Externo, em 10/04/2025, às 14:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Maximiliano Ribeiro Guerra, Professor(a), em 10/04/2025, às 14:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por LUCIANE TEIXEIRA PASSOS GIAROLA, Usuário Externo, em 11/04/2025, às 10:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador 2318835 e o código CRC 33D52D2F.

AGRADECIMENTOS

A **Prof.^a Dra. Priscila de Faria Pinto**, Pró-reitora de Pós-graduação e da Pesquisa da UFJF, pelo apoio institucional. Sua liderança e compromisso com a pesquisa na nossa universidade foram fundamentais para a realização deste estudo.

Ao **Prof. Dr. Claudio Teodoro de Souza**, coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde (PPgSaúde), pelo apoio contínuo ao longo de todo o percurso acadêmico.

A **Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite**, minha orientadora de doutorado, por sua orientação sempre generosa, sábia e paciente. Sua dedicação e expertise foram essenciais para a construção e o desenvolvimento deste trabalho. Sou eternamente grato por sua confiança e por compartilhar seu vasto conhecimento, que foi um alicerce para a realização deste estudo.

A **Profa. Dra. Silvia Lanziotti Azevedo da Silva**, minha coorientadora de doutorado, por ser a grande fonte de inspiração e pelas ideias inovadoras que deram início a esta pesquisa. Sua capacidade de pensar fora da caixa e sua visão crítica sempre foram fundamentais para o sucesso deste trabalho. Agradeço profundamente pela sua amizade e generosidade.

A **Profa. Dra. Luciane Teixeira Passos Giarola**, minha coorientadora de doutorado, pela expertise incomparável em análises estatísticas, que foi essencial para a realização das análises que sustentam esta tese. As reuniões semanais na UFSJ foram momentos de aprendizado intenso, e sou imensamente grato pela paciência e pela dedicação a cada um dos desafios enfrentados.

A **Profa. Dra. Diba Maria Sebba Tosta de Souza**, minha orientadora no mestrado da UNIVÁS, por ter acreditado no meu potencial desde o início de minha trajetória acadêmica. Seu apoio, incentivo e confiança nas minhas capacidades foram decisivos para que eu tivesse coragem de seguir em frente na pesquisa e alcançar este importante marco.

Aos **docentes do Doutorado em Saúde da UFJF**, por suas contribuições valiosas, pelas aulas e discussões enriquecedoras que ampliaram minha visão sobre a área da saúde e pela troca constante de conhecimentos ao longo do curso.

À **Sonia Loureiro** e ao **Fabiano Vanon**, secretários do PPGSaúde, por toda a assistência administrativa e pelo apoio logístico que tornaram a realização deste trabalho muito mais tranquila.

As **peessoas idosas do Brasil**, participantes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, que generosamente contribuíram com seus dados e experiências de vida. Sem a sua colaboração, este estudo não seria possível. A todos vocês, minha mais sincera gratidão, pois este trabalho foi construído com base em suas histórias e realidades.

Aos **membros da banca de qualificação** do projeto de doutorado, pelas valiosas considerações e contribuições durante o processo de qualificação, que ajudaram a aprimorar e consolidar os fundamentos deste trabalho.

Aos **meus pais e à minha família**, por todo o amor, apoio e incentivo incondicional ao longo da minha jornada acadêmica. Sem o carinho, paciência e compreensão de vocês, este caminho teria sido muito mais difícil. Agradeço imensamente por cada palavra de encorajamento, por cada gesto de carinho e por serem minha base e inspiração.

A **mim mesmo**, por não desistir diante dos desafios e por acreditar que era possível. A jornada foi difícil, encontrei muitos obstáculos, inclusive em lugares que não esperava encontrar, mas persisti, mantive a fé e realizei um sonho. Reconheço minha própria força e dedicação nesta caminhada.

Agradeço, finalmente, a todas as pessoas que, de alguma forma, me apoiaram ao longo dessa caminhada, seja com palavras de encorajamento, seja com gestos de carinho.

A todos, o meu mais sincero muito obrigado.

RESUMO

Este estudo teve como objetivos descrever o perfil sociodemográfico das pessoas idosas, identificar a presença de doenças crônicas e o uso de medicamentos nesse grupo, avaliar a qualidade da assistência recebida a partir da análise dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), examinar a associação desses atributos com as diferentes regiões geográficas do país e investigar sua relação com a capacidade funcional, medida pelas Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária. Trata-se de um estudo transversal baseado em dados secundários da PNS 2019, com amostra de pessoas idosas cadastradas na Estratégia Saúde da Família. As variáveis incluem aspectos sociodemográficos, doenças crônicas, perguntas que abordam aspectos relacionados às ações de cuidado no âmbito da APS relacionadas aos atributos da APS acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade, regiões geográficas do Brasil e questões da capacidade funcional a partir do autorrelato sobre conseguir realizar, de forma independente, Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária. Análises estatísticas descritivas, análise fatorial e de correspondência múltipla foram realizadas com o software R, utilizando a biblioteca *survey*. A análise dos dados revelou que a amostra incluiu 28.637 pessoas idosas, com média de idade de 70 anos, das quais 54,1% se identificaram como de cor/raça não branca, 93,5% estudaram mais de quatro anos e 51,6% viviam com companheiro. Entre os participantes, 58,3% relataram hipertensão e 76,1% faziam uso diário de medicamentos. Quanto às ações realizadas pela APS, 80% dos idosos relataram consultar o mesmo médico ao surgirem novos problemas de saúde (acesso de primeiro contato), 77,7% afirmaram que o mesmo profissional os atende em todas as consultas (longitudinalidade), e 78,8% relataram receber encaminhamentos para especialistas quando necessário (coordenação do cuidado). Mais de 67% receberam orientações sobre alimentação, sono, higiene, atividades físicas, uso de medicamentos e prevenção de quedas (integralidade). A análise fatorial identificou três fatores relacionados aos atributos da APS: Fator 1 (integralidade), Fator 2 (acesso de primeiro contato e longitudinalidade) e Fator 3 (um aspecto distinto da integralidade). A coordenação do cuidado apresentou baixo impacto na explicação geral e não integrou nenhum dos fatores. Regionalmente, observou-se uma maior adesão aos atributos nas regiões Norte, Nordeste e Sul, enquanto o Sudeste

demonstrou ausência de acesso no primeiro contato, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Por fim, encontrou-se associação entre o acesso de primeiro contato e a longitudinalidade com a independência funcional nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), mas não com as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs). Os achados destacam o papel central da APS na promoção da saúde da população idosa, mas evidenciam desigualdades regionais e limitações específicas nos atributos avaliados. Essas limitações incluem o impacto reduzido da coordenação do cuidado, que não integrou nenhum dos fatores identificados na análise fatorial, e a ausência de associação entre os atributos da APS e as ABVDs. Além disso, disparidades regionais, como a ausência de acesso de primeiro contato, longitudinalidade e coordenação do cuidado no Sudeste, revelam fragilidades na aplicação uniforme dos atributos. Este estudo ressalta que a APS melhora a capacidade funcional e a qualidade de vida de pessoas idosas ao oferecer acesso inicial, continuidade e integralidade no cuidado. No entanto, as desigualdades regionais evidenciam a necessidade de políticas públicas mais equitativas e de capacitação das equipes de APS. Os resultados reforçam a APS como eixo estratégico para o envelhecimento ativo e sustentável no Brasil.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; estado funcional; idoso; inquéritos epidemiológicos; análise multivariada.

ABSTRACT

This study described the sociodemographic profile, the presence of chronic diseases, and medication use among older adults. It assessed the quality of care for this population by examining the integration of Primary Health Care (PHC) attributes, examined the association of these attributes across geographic regions, and investigated their relationship with Basic and Instrumental Activities of Daily Living. This is a cross-sectional study based on secondary data from the 2019 National Health Survey (PNS), with a representative sample of older adults registered in the Family Health Strategy. The variables include sociodemographic aspects, chronic diseases, questions related to care actions within the PHC framework regarding its attributes—first-contact access, longitudinality, care coordination, and comprehensiveness—Brazilian geographic regions, and functional capacity, based on self-reported ability to independently perform Basic and Instrumental Activities of Daily Living. Descriptive statistical analyses, factor analysis, and multiple correspondence analysis were conducted using the R software with the survey package. The data analysis revealed that the sample comprised 28,637 older adults, with an average age of 70 years. Among them, 54.1% identified as non-white, 93.5% had more than four years of education, and 51.6% lived with a partner. Among the participants, 58.3% reported hypertension, and 76.1% used medication daily. Regarding PHC actions, 80% of older adults reported consulting the same physician when new health problems arose (first-contact access), 77.7% stated that the same professional attended them in all consultations (longitudinality), and 78.8% reported receiving referrals to specialists when necessary (care coordination). More than 67% received counseling on nutrition, sleep, hygiene, physical activity, medication use, and fall prevention (comprehensiveness). Factor analysis identified three dimensions of PHC attributes: Factor 1 (comprehensiveness), Factor 2 (first-contact access and longitudinality), and Factor 3 (a distinct aspect of comprehensiveness). Care coordination had a low overall impact and was not incorporated into any of the factors. Regionally, greater adherence to PHC attributes was observed in the North, Northeast, and South regions, whereas the Southeast showed a lack of first-contact access, longitudinality, and care coordination. Finally, an association was found between first-contact access and longitudinality with functional independence in Instrumental Activities of Daily Living.

(IADLs), but not in Basic Activities of Daily Living (BADLs). The findings highlight the central role of PHC in promoting the health of the older population but also reveal regional disparities and specific limitations in the evaluated attributes. These limitations include the reduced impact of care coordination, which was not integrated into any of the identified factors, and the lack of association between PHC attributes and BADLs. Additionally, regional disparities, such as the absence of first-contact access, longitudinality, and care coordination in the Southeast, expose weaknesses in the uniform implementation of PHC attributes. This study highlights the crucial role of PHC in improving functional capacity and quality of life among older adults by ensuring timely access, continuity, and comprehensive care. However, regional inequalities highlight the need for more equitable public policies and improved PHC team training. The results reinforce PHC as a strategic pillar for active and sustainable aging in Brazil.

Keywords: primary health care; functional status; aged; health surveys; multivariate analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pirâmide populacional do Brasil em 2050	16
Figura 2 - Modelo poliárquico para a Rede de Atenção à Saúde (RAS)	20
Quadro 1 - Variáveis de controle relacionadas as informações sociodemográficas da PNS 2019.....	37
Quadro 2 - Variáveis relacionadas aos atributos da APS na PNS 2019, para a análise fatorial.	39
Quadro 3 - Variáveis e suas categorizações relacionadas aos atributos da APS e regiões geográficas do Brasil, para a análise de correspondência múltipla.	40
Quadro 4 - Variáveis e suas categorizações relacionadas aos atributos da APS e capacidade funcional para a análise de correspondência múltipla.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IC	Intervalo de Confiança
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
RP	Razões de Prevalência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades Primárias de Amostragem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	14
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	18
2.3 CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	23
2.4 CAPACIDADE FUNCIONAL EM PESSOAS IDOSAS	26
2.5 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE	29
2.6 JUSTIFICATIVA	32
3 OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 MATERIAIS E MÉTODOS	35
4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35
4.2 DESENHO DE ESTUDO	35
4.3 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO	35
4.4 INSTRUMENTO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE	36
4.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	36
4.5.1 Método 1	37
4.5.2 Método 2	38
4.5.3 Método 3	40
4.5.4 Método 4	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1	ARTIGO
1.....	Erro!
Indicador não definido.	
5.2	ARTIGO
2.....	Erro!
Indicador não definido.	
5.3	ARTIGO
3.....	Erro!
Indicador não definido.	
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
ANEXO A – Módulo B da PNS 2019	60
ANEXO B – Módulo C da PNS 2019	61
ANEXO C – Módulo D da PNS 2019	62

ANEXO D – Primeira página do módulo Q da PNS 2019.....	63
ANEXO E – Módulo K da PNS 2019	64
ANEXO F - Questões correspondentes aos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde no módulo H da PNS 2019	67

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é caracterizado por um processo sequencial, progressivo, fisiológico, irreversível, não patológico (Farias; Santos, 2012). Entretanto, seu processo tem sido uma questão muito debatida, pois, embora seja um fenômeno do organismo que envolve a diminuição da funcionalidade ao longo do tempo e uma maior chance de morte, defini-lo nos níveis celular e molecular tem sido um desafio (Galkin et al., 2019).

O Brasil ultrapassou a marca de 30 milhões de pessoas idosas, sendo observadas mudanças demográficas por todas as regiões do país, que apontam para o envelhecimento da população, e também para o aumento das condições crônicas de saúde, as necessidades e demandas das famílias e territórios (Martins, T. et al., 2021).

Contudo, o processo de envelhecimento segue padrão heterogêneo e ocorre em condições econômicas, sociais e de saúde diferentes em todo o mundo (Andrade et al., 2018). A transição demográfica tem contribuído para o crescimento na proporção de pessoas idosas, fazendo com que o envelhecimento populacional em larga escala seja seguido por uma série de cuidados em saúde específicos para essa população, incluindo alguns relacionados à capacidade funcional (Mkrtchyan et al., 2020).

A capacidade funcional na pessoa idosa é entendida como a aptidão para executar atividades que lhe permitem cuidar de si próprio e viver de forma independente no meio em que está inserida, executando tarefas cotidianas, simples ou complexas (Nunes et al., 2017; Nogueira et al., 2017). A essas atividades chamamos de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD). No caso das pessoas idosas, a perda da capacidade funcional compromete a autonomia e interfere na qualidade de vida (Aguiar et al., 2019; Francisco et al., 2021).

Os países têm buscado alternativas para manter as pessoas idosas social e economicamente independentes (Miranda et al., 2016), através do planejamento e da realização de medidas preventivas a doenças e de promoção da saúde, que são realizadas em sua maioria na Atenção Primária à Saúde (APS), que é o primeiro nível de atenção da rede de saúde (Moreira, L. et al., 2020).

Nesse contexto, a APS, através dos seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação), busca responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população (Lavras, 2011). Logo, ao direcionar o cuidado à pessoa idosa, suas ações deveriam ser norteadas pelas políticas e programas de envelhecimento ativo e saudável, contribuindo, assim, para a melhora da saúde, participação e segurança das pessoas mais velhas (WHO, 2005; Ceccon et al., 2021).

Dessa forma, acredita-se que pessoas idosas com acesso à APS de qualidade, pautada nos seus atributos essenciais, se mantém mais tempo funcionais. Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar o comportamento dos atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado da pessoa idosa adscrita na Estratégia Saúde da Família, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção, apresentam-se os principais estudos, conceitos e teorias que fundamentam o tema abordado na presente pesquisa.

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

As projeções do envelhecimento populacional pelo mundo já eram debatidas desde a década de 80. Em 1987, ele era visto como um novo fenômeno, e foi nos países ricos que se iniciou a busca por novos processos médico-hospitalares para tornar possível prevenir ou curar muitas doenças fatais do passado e, com isso, melhorar a qualidade de vida (Miranda et al., 2016; Cardoso; Dietrich; Souza, 2021).

A transição demográfica, com o crescente número de pessoas idosas, aconteceu devido à queda nas taxas de fecundidade, diminuição da mortalidade com consequente aumento da expectativa de vida (Barros; Raymundo, 2021). Em seis décadas, a expectativa de vida da população mundial, que era de 47 anos entre 1950-1955, passou para 72 anos entre 2015-2020 (Martins, T. et al., 2021).

Espera-se que o aumento das pessoas idosas seja acompanhado do aumento das doenças crônicas no cenário epidemiológico, o que aconteceu no fim do século XX. Entretanto, com a mudança do estilo de vida em busca do envelhecimento saudável e com a construção de sistemas de proteção social, diferentes perfis de envelhecimento da população estão existindo e, com isso, a teoria da transição epidemiológica tem sido discutida, pois acreditava-se que, como consequência do processo de envelhecimento populacional, mais pessoas ficariam doentes e a demanda pelo uso dos serviços de saúde seria maior (Martins, T. et al., 2021; Borba Filho; Siviero; Myrrha, 2022).

Em 1980, a expectativa de vida para pessoas com 80 anos era maior nos Estados Unidos da América do que na Suécia, França, Inglaterra, País de Gales e no próprio Japão. A explicação para esse acontecimento, na época, era que os americanos idosos estavam recebendo melhores cuidados de saúde do que os cidadãos idosos de outros países de renda alta (Manton; Vaupel, 1995). Esses resultados indicam que, quando o cuidado em saúde é bom, as consequências

deletérias do envelhecimento e acúmulo de doenças crônicas, como a redução da capacidade funcional, podem ser minimizadas.

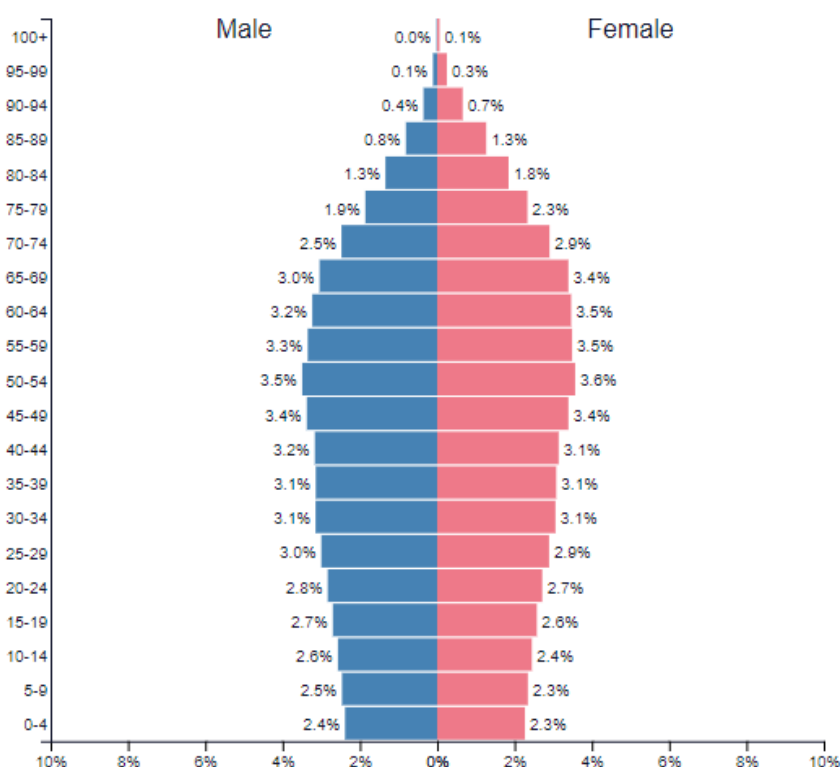
O processo de envelhecimento populacional no mundo se diversifica entre os países, sendo que os países de renda alta já se encontram em estágio avançado de tal processo (Oliveira; Silva; Oliveira, 2019). Atualmente, o Japão é o país com a maior expectativa de vida do mundo, ultrapassando os 80 anos (Christensen et al., 2009; Petroni et al., 2018). O país possui um bom planejamento na infraestrutura de seus serviços, fazendo com que as necessidades das pessoas idosas sejam atendidas, principalmente através do sistema público de saúde que é baseado na atenção primária (Ikegami et al., 2011).

A Europa possui a maior porcentagem de pessoas com 60 anos ou mais no mundo e tem se preparado para os enormes desafios sociais, orçamentários e econômicos que surgirão, como a redução significativa do contingente de trabalhadores em decorrência da redução da parcela mais jovem da população e o aumento do gasto público com saúde, diante da maior demanda pelo maior número de pessoas idosas (Ivic, 2013). A população dos países em estágio de envelhecimento populacional mais avançado está diminuindo, e a pirâmide etária dos países de renda média está caminhando no mesmo sentido, em decorrência do envelhecimento rápido de suas populações, com diminuição de pessoas em idade ativa e do número pequeno de nascimentos (Freire; Gonzaga; Gomes, 2019).

O Brasil, por exemplo, antes da pandemia do novo Coronavírus, em 2019, tinha uma expectativa de vida de 76,6 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dentre os países das Américas, Europa e Ásia, o país é um dos que se encontra em rápido processo de envelhecimento (Lima-Costa, 2018; IBGE, 2020). Por isso é necessário que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do país seja fortalecida, para garantir a integralidade do cuidado e maior efetividade na produção de saúde para a população idosa.

Para o Brasil, é esperado que o estágio avançado de envelhecimento da população seja alcançado até 2050, quando a proporção de pessoas idosas com 65 anos ou mais alcançará a marca de 21,9% da população brasileira (IBGE, 2018) (Figura 1).

Figura 1 - Pirâmide populacional do Brasil em 2050



Fonte: <https://www.populationpyramid.net/brazil/2050/>

Esse ganho reflete os avanços em tecnologias na área da saúde, valorização da atenção primária à saúde, desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas (Pilger; Menon; Mathias, 2011). É importante a consolidação de medidas que visem promover, nessa fase da vida, a independência, a autonomia e a qualidade de vida de forma ativa (Vegi et al., 2020). O envelhecimento populacional saudável permite a manutenção da capacidade funcional, além da ausência de incapacidades ou o controle delas (Belasco; Okuno, 2019; Passos et al., 2020).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou o termo “envelhecimento ativo” como parte do plano de ação relacionado com o envelhecimento da população. Assim, pautou o “ser ativo” não somente no praticar exercícios físicos e em ter uma boa saúde, mas sim na continuidade da participação social, econômica e cultural desse grupo (Sousa; Lima; Barros, 2021). Em 2020, o conceito de “envelhecimento saudável”, conforme definido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi definido como um processo contínuo de otimização

da capacidade funcional e das oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida (OPAS, 2022). Então, percebe-se que a população idosa “mais ativa e saudável” se torna menos dependente economicamente e com melhor capacidade funcional.

Como forma de promover o envelhecimento ativo, as cidades amigáveis as pessoas idosas surgiram com um respaldo estrutural e econômico para esse grupo. Essas cidades apresentam centros de saúde especializados, inclusão, participação social e transporte público em uma tentativa de manter a independência desse grupo e reduzir os custos com tratamentos a longo prazo (Lopes et al., 2021). A ideia de criação dessas cidades ocorreu em 2005, mas no Brasil são poucos os municípios que se inscreveram para participar do programa e que receberam da OMS a certificação internacional de cidade e comunidades amigáveis à pessoa idosa (OMS, 2007).

A aposentadoria na fase da velhice pode trazer efeitos benéficos para a saúde física e mental das pessoas idosas, gerando segurança financeira e contribuindo para que o tempo ocioso seja voltado para a aquisição de hábitos saudáveis, como a prática de exercícios físicos e de atividades de vida diária que contribuem para uma melhora na qualidade de vida (Oliveira; Coelho, 2021). A aposentadoria e seus efeitos benéficos são esperados pela população que está próxima de se aposentar, mas a garantia desses benefícios depende da realidade social e econômica local em que vive a pessoa idosa.

Contudo, no Brasil, a maioria das pessoas idosas depende dos programas públicos da seguridade social, que se responsabilizam por reduzir a pobreza desse grupo (Travassos; Coelho; Arends-Kuenning, 2020). Assim, muitas pessoas idosas ainda continuam trabalhando, com o intuito de complementar a renda e de se incluir socialmente nas atividades da sociedade (Pazos; Bonfatti, 2020). Isso poderia ser visto como ponto positivo se não fosse as más condições de vida da nossa população, pois pessoas idosas que se mantêm ativas podem desacelerar declínio na capacidade funcional e apresentarem uma percepção de saúde melhor.

A percepção de saúde das pessoas idosas está associada ao grau de escolaridade, já que, para esse grupo, possuir ensino médio completo e superior incompleto eleva em três vezes as chances de percepção positiva da saúde em relação as pessoas idosas sem o nível fundamental completo (Gomes, M. et al., 2021).

Em lares de idosos onde há pessoas com baixa escolaridade, observa-se alta prevalência de autopercepção negativa da saúde, afetando o envelhecimento saudável e ativo (Carneiro et al., 2020).

Em decorrência da desigualdade social enfrentada no Brasil, regiões como o Sul e o Nordeste apresentam oportunidades diferentes de acesso à saúde e à educação, comprometendo, assim, o processo de envelhecimento populacional igualitário no país (Silva, A. et al., 2021). Além disso, as ações sociais e de infraestrutura urbana dessas regiões são diferentes devido à diversidade cultural, o que interfere no bem-estar da sociedade como um todo, especialmente das pessoas idosas (Bonilla-Tinoco; Fernándes-Niño; Duncan, 2020).

A tendência da expectativa de vida brasileira é aumentar e com isso as preocupações relacionadas à Previdência Social e a políticas públicas destinadas à população idosa se intensificam cada vez mais. Assim, é importante amenizar os impactos do envelhecimento da população, investindo na autonomia das pessoas e reduzindo riscos, de forma contínua, iniciando-se na meia idade (Oliveira, J. et al., 2020). Apesar de existirem preocupações e políticas públicas desenvolvidas, a implementação pelo poder público em esferas municipais é um grande desafio para torná-las eficientes.

Dessa forma, preocupada com a situação do envelhecimento mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou 2021-2030 como a “Década do Envelhecimento Saudável”, por entender que a saúde se configura como peça fundamental para a experiência na velhice e para as oportunidades que o envelhecimento traz (OPAS, 2017; Silva, R. et al., 2021). Assim, a principal ação da década para a capacidade funcional das pessoas idosas se encontra na área de ação 3, que consiste em entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa, através de seminários virtuais, cursos e outros recursos audiovisuais para capacitar profissionais de saúde na assistência de boa qualidade às pessoas idosas (OPAS, 2021).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Em 1920, foi elaborado, por Bertrand Edward Dawson, um relatório que sugeriu a criação de um modelo assistencial de saúde para reestruturar a rede de assistência

à saúde do Reino Unido (Damaceno, 2020). O documento ficou conhecido como Relatório Dawson e foi o marco de criação da Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo, ao criar um modelo organizado de acordo com os níveis de complexidade e seus respectivos custos de tratamento (Portela, 2017).

A rede de atenção sugerida propôs que unidades de saúde de menor densidade tecnológica deveriam resolver 80% dos problemas de saúde e funcionar como porta de entrada preferencial da população, de forma vinculada e com o suporte de centros de saúde de nível secundário e de nível terciário, devendo o Estado organizar o sistema de saúde para toda a população (Campos et al., 2014).

Nesse contexto, a APS passa a ser, então, caracterizada como primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e representada pelos serviços básicos direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população, sendo sua atenção voltada ao primeiro contato do paciente com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Lavras, 2011). A APS foi elaborada com estratégias de organização e reorganização dos sistemas de saúde, ofertando serviços que previnem e curam as doenças e reabilitam o indivíduo com o intuito de torná-lo independente para seu autocuidado (Martins, D. et al., 2022).

No Brasil a APS surgiu na segunda década do século XX, com os centros de saúde instalados na Universidade de São Paulo, onde trabalhavam com ações de promoção a saúde e prevenção de doenças. A partir da década de 40, foram criadas por todo o país unidades de APS que vinculavam ações preventivas e curativas para doenças infecciosas. Mas foi a partir dos anos 70 que começou a se desenvolver na forma de programa de cobertura territorial, como referendada pela Conferência de Alma-Ata em 1978. Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), como modelo de atenção na APS, que em 2006 deixou de ser um programa e passou a ser uma estratégia, adotando assim a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF) (Mendes, 2012).

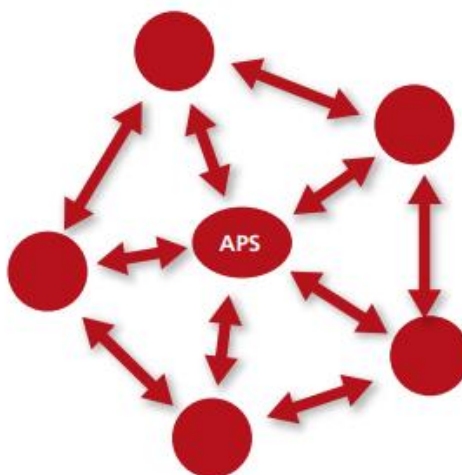
A ESF consolidou-se como modelo prioritário de APS no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela reorganiza o cuidado a partir de equipes multiprofissionais que atuam em territórios definidos, promovendo ações de prevenção, promoção e acompanhamento contínuo da saúde das famílias (Macinko e Mendonça, 2018). Estudos indicam que a expansão da ESF está associada à redução de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e à diminuição da mortalidade infantil,

evidenciando sua eficácia na melhoria dos indicadores de saúde e na equidade do acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2025).

O modelo brasileiro de APS difere de muitos países ao integrar a ESF em um sistema público, universal e gratuito, com forte ênfase na territorialização e no vínculo comunitário (Brasil, 2012). Enquanto em diversas nações a atenção primária é fragmentada ou centrada em serviços privados, no Brasil a ESF busca garantir acesso equitativo e integral, considerando os determinantes sociais da saúde (Mendes, 2019). Essa abordagem comunitária e intersetorial torna a APS brasileira uma referência internacional em cuidado centrado na população e na redução de desigualdades.

A APS é considerada pelo SUS o elemento central da RAS, estabelecida pela portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. A estrutura operacional da rede do maior sistema de saúde pública do mundo segue modelo poliárquico, ou seja, possui relações horizontais entre os pontos, sendo constituída pela APS, que é responsável pela coordenação do cuidado; atenção secundária e terciária, que realizam ações especializadas em ambulatórios e hospitais; sistemas de apoio (assistência diagnóstica e farmacêutica); sistemas logísticos voltados ao acompanhamento dos usuários, centrais de regulação; e o sistema de governança, com os gestores (Brasil, 2010).

Figura 2 - Modelo poliárquico para a Rede de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: Adaptado de Mendes, 2009.

A APS é de interesse mundial devido à sua estratégia de saúde, que possui como norteadores assistenciais a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da saúde integrada (Masochini; Farias; Sousa, 2021). Além disso, é o local ideal para a realização de intervenções de saúde que sejam acessíveis de forma integral para toda a comunidade (Serbim; Santos; Paskulin, 2022).

O acesso à APS ocorre inicialmente pela necessidade observada pelo próprio indivíduo. Essa assistência deve ter um caráter universal e promover ações na saúde, como redução de iniquidades, fortalecimento do SUS, visualização e direcionamento de ações conforme particularidades dos indivíduos e fortalecer o uso adequado dos serviços prestados, que se caracteriza pelo contato de forma direta ou indireta com os serviços através de consultas, internações, exames e ações preventivas (Cesário et al., 2021).

Sendo assim, a APS pode promover o envelhecer ativo, útil e funcional das pessoas. A APS é classificada como uma estratégia que realiza reorientação do modelo assistencial, tendo seus princípios a família em sua abordagem, um território caracterizado e clientela definida, trabalho em equipe de forma interdisciplinar, corresponsabilização com as condutas e resultados das ações, integralidade, resolução dos problemas, intersetorialidade e fortalecimento da participação social (Rocha et al., 2021).

Esse nível de atenção deve ser a base dos sistemas de saúde que, diante de uma boa organização e qualificação, torna-se mais efetivo na prestação do cuidado e na sustentabilidade desses sistemas de saúde. Entretanto, para isso, é importante que os serviços de APS sejam avaliados, e essa avaliação tenha como base os atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e os derivados (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) (Starfield, 2002; Oliveira; Pereira, 2013; Silva, A. et al., 2021).

O acesso de primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde. No Brasil, a APS configura-se como a porta de entrada do SUS, e a população a identifica como primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade de saúde (Oliveira; Pereira, 2013). Segundo Machado et al. (2021), na perspectiva de usuários, o acesso de primeiro contato tem se mostrado um atributo de baixo desempenho no Brasil, com pontuação média de 4,2 pontos pelo *Primary*

Care Assessment Tool (PCATool), que é o instrumento utilizado para avaliação de atributos da APS, na visão de usuários e de profissionais de saúde.

A longitudinalidade tem sido considerada característica central e exclusiva da APS, embora o uso do termo não seja comum entre estudiosos brasileiros (Starfield, 2002; Cunha; Giovanella, 2011). Esse atributo, na literatura internacional, é comumente conhecido como “continuidade do cuidado”, sendo definido como o acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de APS, para produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos (Oliveira; Pereira, 2013; Fagá et al., 2021).

A integralidade na APS é um tema muito citado e que demanda esforços no meio científico. Ela é compreendida como “[...] um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de atenção do sistema de saúde” (Rocha et al., 2021). Assim, a integralidade possui relação com a organização do processo de trabalho em saúde, com vistas, entre outros, a ampliar o escopo de oferta de ações e serviços para atender às necessidades de saúde de um grupo populacional (Starfield, 2002; Rocha et al., 2021).

A articulação entre os diversos serviços e ações de saúde se caracteriza como o atributo de coordenação, o último atributo essencial da APS (Oliveira; Pereira, 2013). A coordenação do cuidado é fundamental para garantir ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam às suas necessidades de saúde. No Brasil, algumas falhas, como a repetição da história do usuário ao procurar diferentes profissionais de saúde, têm sido corrigidas para melhorar seu processo (Almeida et al., 2018).

Dentre os atributos derivados, a orientação familiar visa a avaliação dos cuidados individuais e familiar, suas condições de cuidado e ameaça à saúde. A orientação comunitária preconiza o contato direto com a comunidade, e avaliação conjunta do serviço e as necessidades de saúde da população (Souza et al., 2016). A competência cultural é caracterizada pelo cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso com as crenças e práticas culturais de saúde do usuário (Gouveia; Silva e Pessoa, 2019).

Silva, A. et al. (2021) acreditam que os sistemas de saúde que possuem como base a APS possuem melhores resultados em comparação aos serviços que não se

estruturam a partir desse nível de atenção. No Brasil, existem 21 iniciativas de ações, programas e estratégias da APS para cuidar da população e da comunidade em que vivem, de acordo com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (Brasil, 2022). Dentre as iniciativas, estão a Academia da Saúde, Saúde na Hora e Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF brasileira segundo Macinko e Mullachery (2022) está fortemente associada a um melhor desempenho do sistema de saúde do que postos tradicionais de saúde pública.

2.3 CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

As mudanças populacionais e epidemiológicas do século XX colaboraram para o envelhecimento da população. Sendo assim, a procura pelos serviços de saúde na APS pelas pessoas idosas cresceu (Farias et al., 2021). As pessoas idosas possuem como direito assegurado o acesso à saúde, com garantia de ações preventivas às doenças crônicas, cuidados de todos os profissionais da equipe que priorizam a qualidade e o contexto de vida com cuidados primários (Ceccon et al., 2021). Dessa forma, manter um modelo de atenção à saúde que priorize ações de promoção, educação, participação, prevenção de doenças, fragilidade e estímulo da independência é importante para gerar qualidade de vida (Cesário et al., 2021).

A caracterização do perfil das pessoas idosas da comunidade no âmbito da APS é imprescindível para o planejamento das ações com qualidade e com a prática assistencial de todos os profissionais nesse nível de atenção (Oliveira, T. et al., 2021). A atenção primária possui ações que cooperam para a resolução da maioria dos problemas que as pessoas idosas vivenciam e, com isso, consegue reduzir a realização de procedimentos desnecessários, ampliando a utilização dos serviços e favorecendo a ação integral aos diversos problemas (Ceccon et al., 2021).

Buscando atender às necessidades das pessoas idosas, o governo brasileiro instituiu políticas públicas capazes de oferecer suporte a essa população. Em um país com mais de 30 milhões de pessoas idosas, controlar as iniquidades se torna desafiador, por isso foram criados o Estatuto do Idoso, em 2003, a fim de regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos; a Política Nacional do Idoso, em 1994; o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em 2006, para nortear ações sociais e de saúde a essa população

(Martins, J. et al., 2007). Em 2014, foram publicadas as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS, para orientar a organização do cuidado e ampliar o acesso da pessoa idosa às Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2014).

No entanto, o cuidado da pessoa idosa na atenção primária remete a um dos obstáculos enfrentados pelo SUS. Essa limitação engloba a ausência de profissionais qualificados na área de envelhecimento, as características geográficas dos bairros e a pouca oferta de transporte público gratuito para as UBSs, visto que grande parte desse grupo apresenta mobilidade reduzida e declínio cognitivo (Schenker; Costa, 2019).

Além disso, Silva, W. et al. (2021) identificaram como fragilidade na APS em relação a pessoa idosa a ausência da assistência farmacêutica adequada, com a presença de prescrições duplicadas; baixa adesão medicamentosa por parte do indivíduo; presença de medicamentos prescritos que possuem interação entre eles. Além dessas fragilidades, são identificadas também a dificuldade no acesso da pessoa idosa à APS, ausência de médicos, falha na assistência em domicílio, no encaminhamento para outros níveis de atenção e no trabalho dos profissionais que realizam uma assistência focada no médico (Ceccon et al., 2021; Cesário et al., 2021).

A população idosa é a população mais acometida por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e constituem um dos maiores problemas mundiais de saúde. Hipertensão, diabetes e alterações ósseas, causam limitações, são associadas à redução da capacidade funcional para AVDs, abalam a qualidade de vida e podem ocasionar a morte (Cesário et al., 2021; Wingerten et al., 2021).

Ainda assim, na APS brasileira, existem experiências de sucesso, como a implantação da ESF. Com a ESF, médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passaram a realizar de forma mais efetiva as atividades de prevenção, promoção e reabilitação em saúde (Castro et al., 2018; Sousa et al., 2021). Em 2021, foi sancionada a Lei 14.231, que inclui o fisioterapeuta na ESF, mas a falta de recurso financeiro para contratação do profissional tem dificultado a sua inserção na equipe pelos gestores locais de saúde (Ribeiro et al., 2015; Brasil, 2021). Dessa forma, caberia a esse profissional trabalhar intervindo na redução da incapacidade funcional de pessoas idosas.

Nascimento et al. (2013), ao descreverem a experiência da fisioterapia gerontológica pautada na promoção de saúde e prevenção de agravos e

incapacidades em uma UBS da cidade de Belém (PA), puderam perceber que o trabalho fisioterapêutico contribui para a capacidade funcional de pessoas idosas através da realização de atividades físicas, práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa, atividades educativas em saúde e atividades integrativas para a promoção de saúde. Portes et al. (2011) apontaram as ações de educação em saúde, atividade domiciliar, atividade em grupo e acolhimento como atribuições do fisioterapeuta na APS.

Dentre os relatos sobre o trabalho da APS com pessoas idosas, Castro et al. (2018) citaram as ações coletivas de promoção da saúde da pessoa idosa, tendo sido realizados grupos de saúde trabalhados tanto de modo contínuo quanto de forma eventual em algumas equipes. Esses grupos realizavam atividades físicas, comemoravam datas especiais e realizavam caminhadas. As “salas de espera” na recepção da UBS também foram citadas como espaço promotor da saúde.

No entanto, Ceccon et al. (2021), ao analisarem o cuidado dispensado a pessoa idosa dependente e seus cuidadores no âmbito da APS em oito municípios brasileiros, verificaram que as equipes ofertam práticas sob o modelo biomédico, embora ações de promoção de saúde e prevenção de doenças tenham sido realizadas em grupos, como da terceira idade, oficina da memória e oficina de trabalhos manuais, em parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). O cuidado domiciliar também foi citado como uma ação da APS para favorecer a independência e autonomia das pessoas idosas.

O cuidado da pessoa idosa na APS também foi relatado através do apoio matricial, que é o apoio pedagógico-assistencial de profissionais especialistas aos generalistas na coparticipação das ações de cuidado (Amaral et al., 2018). Maia et al. (2021), ao verificarem o efeito do apoio matricial na saúde da pessoa idosa na atenção primária, constataram que o efeito das ações do matriciamento em saúde para pessoas idosas atendidas pelas equipes da ESF foi positivo. A proposta de matriciamento foi baseada em ações tutoriais, aula dialogada, discussão de casos clínicos, bem como atendimento e construção de projeto terapêutico singular, que se refere a um plano de trabalho com condutas terapêuticas articuladas, fruto de uma discussão por equipe interdisciplinar, para um indivíduo, família, grupo ou comunidade (Baptista et al., 2020).

Com relação aos atributos da APS e pessoas idosas, Masochini, Farias e Sousa (2021), ao avaliarem os atributos da APS com PCATool versão usuários na cidade de Sinop em Mato Grosso, tiveram os seguintes resultados da média dos escores dos atributos: acesso-utilização (9,69), longitudinalidade (8,04), coordenação de cuidados (8,42), coordenação de informações (8,17), serviços prestados (8,30) e serviços disponíveis (7,66) acima da média ($\geq 6,6$), sendo classificados em satisfatórios. Apenas acesso-acessibilidade apresentou escore baixo (2,57), classificando-o como insatisfatório e, dessa forma, mostrando a necessidade de melhoria para atender às necessidades das pessoas idosas. Essa observação vai ao encontro do estudo de Dotto et al. (2016), apontando que cerca de 22% das pessoas idosas entrevistadas não recomendariam o serviço de saúde da APS para um familiar.

Dessa forma, a APS busca melhorar a capacidade funcional, autonomia, independência, capacidade física, mental e social de todos os indivíduos, com o objetivo de prevenir as doenças mais comuns e incapacitantes. Contudo, na população idosa, são escassos os trabalhos que apontam de fato a aplicação das ações com relação às AVD para capacidade funcional.

2.4 CAPACIDADE FUNCIONAL EM PESSOAS IDOSAS

A senescência se configura como o envelhecimento natural do corpo humano. Nesse processo, as células vão parando de se dividir e entram em um estado de parada permanente do crescimento, o que pode variar entre os tecidos humanos, mas é diretamente associada à idade cronológica dos indivíduos (Tuttle et al., 2020).

É na fase da velhice que são mais evidentes as alterações provocadas por esse processo, levando a mudanças morfofuncionais que afetam significativamente a estrutura e funções dos sistemas orgânicos que podem convergir a um declínio das capacidades individuais (Herold et al., 2019), influenciando também na autoimagem e na forma como as pessoas idosas veem este processo (Araújo; Sá; Amaral, 2011).

Dentro dessa perspectiva, a capacidade funcional pode ser definida como a aptidão da pessoa idosa em gerenciar sua própria vida e viver em sociedade, relacionada diretamente com a autonomia e independência para a realização das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária

(AIVD) e Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) (Nogueira et al., 2017; Nunes et al., 2017; Aguiar et al., 2019; Francisco et al., 2021).

As ABVD consideram a capacidade da pessoa idosa em relação a atividades de autocuidado, como vestir-se, banhar-se, transferir-se, locomover-se, alimentar-se e usar o banheiro (Giacomin et al., 2018). Por outro lado, as AIVD consideram aspectos importantes na vida em comunidade, como utilizar o celular, utilizar o transporte público, preparar refeições, limpar a casa, fazer trabalhos manuais de reparo, lavar e passar a roupa, tomar os remédios corretamente e cuidar de suas finanças. As AAVD se relacionam às atividades laborais e de lazer, como habilidades para manter o trabalho, viajar e planejar viagens (Dias et al., 2015; Cabral et al., 2021).

A autonomia e independência das pessoas idosas para execução das Atividades de Vida Diárias (AVD) influenciam na autopercepção de saúde desse grupo. Ao avaliar seu estado funcional a partir do desempenho para executar as AVD, é possível traçar um diagnóstico da sua capacidade funcional (Dias et al., 2015). A pessoa idosa pode apresentar dificuldade ou a necessidade de auxílio para realizá-las, grau de dependência, comprometimento da mobilidade e da interação social (Lemes et al., 2021).

Lemes et al. (2021) em seu estudo de base populacional, com amostra probabilística de 890 pessoas idosas residentes em Goiânia, constataram uma prevalência de aproximadamente 6% para dependência nas ABVD. Entretanto, nos quesitos vestir-se e alimentar-se, as pessoas idosas apresentaram maior dependência (6,3% e 5,7%). Schmidt et al. (2020) ao utilizarem dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, observaram prevalência total de incapacidade de 15,8% (IC95%: 15,3; 16,3) nas ABVD e 29,1% (IC95%: 28,4; 29,8) nas AIVD. Cabral et al. (2021), ao acompanharem por 24 meses 304 pessoas idosas cadastrados nas unidades de APS do município de Várzea Grande/MT, identificaram que 62,30% das pessoas idosas se mostraram dependentes para as AIVD, enquanto 35,20% apresentaram declínio da capacidade funcional para esse quesito.

Lini et al. (2020) observaram que o baixo nível educacional e taxas de analfabetismo influenciam no desempenho das AIVD, uma vez que o baixo nível de compreensão das informações necessárias afeta a realização de tarefas mais complexas.

A realização das AIVD tem relação próxima com a expectativa de vida. Dados obtidos do Estudo Fibra entre 2008 e 2009 mostraram que há maior risco de morte nas pessoas idosas que relataram dependência para a realização das AIVD (RR=1,61; IC95%: 1,13-2,29) e menor risco de mortalidade entre aqueles que relataram alguma inserção social (RP=0,53, IC95%: 0,32-0,87) (Francisco et al., 2021).

Em outro estudo que utilizou este mesmo banco de dados Fibra, foi evidenciado que mais da metade das pessoas idosas participantes possuíam baixos níveis de força de preensão palmar (RR=1,60; IC95%: 1,15–2,23; $p=0,005$) e altos índices de déficit de mobilidade (RR=1,82; IC95%: 1,30–2,55; $<0,001$), caracterizando um desempenho físico insatisfatório. Desse modo, essas variáveis interferem na funcionalidade e na realização das atividades de vida diária, como se deslocar e cuidar do lar (Soares et al., 2019).

As ABVD foram analisadas em pessoas com 60 anos ou mais atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de São Paulo, em que foi constatado que aquelas pessoas idosas que possuem dependência nas ABVD têm maiores chances de serem submetidos a uma internação hospitalar (OR=6,31; IC95%: 3,88-10,26). Isso pode ocorrer devido ao comprometimento da capacidade funcional, que pode gerar lentidão da marcha, risco aumentado de quedas e fraturas (Silva, R. et al., 2021).

Um estudo que analisou a relação entre a estimulação da memória e a funcionalidade da pessoa idosa observou que estimular a área cognitiva em pessoas idosas saudáveis pode favorecer a melhora no desempenho das AIVD e ABVD (Gomes, E. et al., 2020). Ainda sobre a cognição, outro estudo, ao analisá-la em associação à capacidade funcional de pessoas idosas com demência submetidos à dança de salão intensa, encontrou resultados significativos. Aqueles com certo grau de dependência em AVD apresentaram melhora na autonomia funcional ($54,47 \pm 7,24$; $p < 0,0001$) e no estado mental (média 22,75 pontos no miniexame do estado mental) (Borges et al., 2018).

O nível baixo de escolaridade também compromete a capacidade funcional de pessoas idosas. Tal fato foi observado por Ikegami et al. (2020), ao perceberem que pessoas idosas com poucos anos de estudo apresentaram comprometimento para realização das AIVD, devido a essas atividades exigirem maior complexidade intelectual.

O conhecimento dessas informações é importante, pois estão intimamente relacionadas à qualidade de vida. E isso vai ao encontro do estudo que avaliou a capacidade funcional e qualidade de vida da pessoa idosa no Brasil, residente em comunidade, concluindo que quanto maior a capacidade funcional das pessoas idosas, melhor é sua qualidade de vida (Aguiar et al., 2019).

2.5 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

As avaliações de saúde são fundamentais para o sistema de saúde e são ferramentas utilizadas para compreender as reais necessidades da população. Caracteriza-se pelo ato de realizar um julgamento e intervenção através da utilização de informações confiáveis, que são obtidas de dados epidemiológicos e estatísticos (Stopa et al., 2020). Um dos principais objetivos da avaliação de saúde está em obter dados que, em sua maioria, não estão registrados nos sistemas de informações (Travassos; Viacava; Laguardia, 2008). Além disso, as avaliações de saúde buscam identificar os problemas, orientar o planejamento e medir o impacto da aplicação de políticas, programas, serviços e ações na saúde da população (Chaves et al., 2021).

Atualmente, a avaliação de saúde tem sido utilizada de forma crescente como método para obter informações sobre a morbidade das principais doenças que atingem a população e dados relacionados aos hábitos de vida saudáveis, como padrões alimentares e prática de atividade física, por exemplo (Moreira, A. et al., 2020). Essas avaliações são realizadas em certa periodicidade e os resultados permitem o estabelecimento do monitoramento dessas doenças, criação de indicadores de monitoramento, avaliação da assistência de saúde prestada e o grau de satisfação dos usuários (Stopa et al., 2020).

Um tipo de avaliação de saúde é a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que possui como objetivos caracterizar os hábitos de vida da população, coletar informações sobre o efeito do sistema nacional de saúde em relação ao acesso, utilização dos serviços que são disponibilizados e continuidade dos cuidados de saúde (Szwarcwald et al., 2014). Além disso, a PNS caracteriza as condições de saúde da população, monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco relacionados a elas (IBGE, 2019).

A PNS possui duas edições, 2013 e 2019. Essa pesquisa é resultado da parceria com o Ministério da Saúde (MS) e com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), fundamentada em três eixos, quais sejam, o desempenho do sistema nacional de saúde, as situações de saúde da população brasileira e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco associados a elas (IBGE, 2020).

A edição de 2013 possuía o objetivo inicial de ampliar os objetivos dos suplementos de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizados pelo IBGE até o ano de 2008 (IBGE, 2019). Além disso, ela foi introduzida em quatro temas: ciclos de vida; percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas; acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências; indicadores de saúde e mercado de trabalho (IBGE, 2020).

Os dados obtidos através da PNS 2013 foram amplamente utilizados pela comunidade científica e, diante disso, iniciou-se um interesse na criação de uma segunda edição, em 2019. A PNS 2019 iniciou a coleta de informações e dados em parceria com o MS e com o objetivo de comparar os indicadores anteriormente divulgados e fornecer aportes à resposta do SUS (IBGE, 2020; Stopa et al., 2020).

Em comparação com a edição de 2013, na edição de 2019 foram realizadas algumas alterações, como recalcular os pesos utilizados em relação à população, atualizar os microdados em relação à mudança de duração do ensino fundamental de 8 para 9 anos e recalcular os rendimentos referentes àquele ano (IBGE, 2020). Em sua segunda edição, a PNS apresentou um novo conjunto de resultados, ampliando o conjunto do País, Grandes Regiões e Unidades da Federação, com isso, ofertando perspectivas diferenciadas que ampliam as informações da pesquisa, contribuindo para um melhor conhecimento do perfil populacional (IBGE, 2019).

A PNS de 2019 realizou abordagens em relação à população, como pessoas com deficiência, paternidade e pré-natal do parceiro, saúde das pessoas de 60 anos ou mais, saúde da mulher, atendimento pré-natal e saúde das crianças com menos de 2 anos de idade. A partir das informações resultantes da PNS 2019, são criadas políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do SUS, que tratam e monitoram indicadores de saúde (IBGE, 2019).

Em relação à abrangência, a PNS alcança todo o território nacional, mas são excluídas áreas com características especiais, como bases militares, acampamentos,

agrupamentos indígenas, prisões, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), conventos e hospitais. Sua população-alvo são indivíduos com idade a partir de 15 anos e moradores de casas particulares permanentes da área de abrangência (IBGE, 2020; Stopa et al., 2020).

Sendo a PNS uma pesquisa domiciliar representativa, o plano amostral utilizado é o de amostragem em três estágios. Os setores censitários são considerados unidades primárias; os domicílios, unidades secundárias; e os moradores de 15 anos ou mais de idade, unidades terciárias (Souza-Júnior et al., 2015).

De acordo com a PNS 2013, 30,3% dos domicílios tinham ao menos uma pessoa idosa com 60 anos ou mais (Borges; Crespo, 2020). Já em relação às pessoas que deixaram de realizar atividades de vida diária por motivo de saúde, em 2019, as pessoas idosas apresentaram a maior proporção (12,2%). Além disso, essa população é a que mais precisou dos serviços de saúde e também apresentou maior número de internações em hospitais (IBGE, 2020; Malta et al., 2021; Pinto et al., 2021; Tomasi et al., 2022).

As pessoas idosas encontram-se em maior prevalência nas regiões Sul e Sudeste (Candido et al., 2022; Pinto et al., 2021) e maior expectativa de vida em Santa Catarina. Apesar disso, grande parte das pessoas idosas apresentam incapacidades associadas às comorbidades (doenças) e ao sedentarismo (Candido et al., 2022). De acordo com a PNS 2013, as mulheres possuem maiores expectativas de vida, mas com multicomorbidades (duas ou mais doenças) e não possuem hábitos saudáveis (Guimarães; Andrade, 2020).

As doenças crônicas não transmissíveis se mostraram prevalentes entre as pessoas idosas, de acordo com a PNS de 2019, sendo esse um dos motivos pelo quais as pessoas idosas demonstraram uma maior prevalência na procura dos serviços de saúde e de internações hospitalares por no mínimo 24 horas (Malta et al., 2021). De acordo com a PNS 2019, essas internações ocorreram por meio do SUS em 64,6% dos indivíduos, sendo mais presentes nas regiões Nordeste e Norte, e menor na região Sudeste (IBGE, 2020).

Além disso, Pereira et al. (2020), utilizando a PNS 2013, apresentaram achados que identificaram que as pessoas idosas com melhor situação financeira possuem melhores hábitos alimentares em comparação com as pessoas idosas com situação

social fragilizada. Demonstraram, com isso, que a desigualdade de renda fragiliza a pessoa idosa e aumenta o risco de comorbidades.

Todos esses estudos ratificam os dados obtidos na PNS 2019, que apresentou maior proporção de pessoas idosas que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde (12,2%) comparado à PNS 2013 (11,5%) (IBGE, 2015, 2020). Diante de todas as informações, a PNS contribui para o entendimento dos padrões de saúde que alteram e, com isso, atualizam as políticas de saúde. Esses resultados confirmam o modelo de mudanças epidemiológicas de forma prolongada (Guimarães; Andrade, 2020).

A PNS 2019 foi a primeira a coletar informações sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), utilizando questões do PCATool. As informações estão contidas no módulo H de atendimento médico, tendo como foco o acesso e a qualidade da APS. Com relação às informações da capacidade funcional, elas se limitam a responder se o indivíduo tem independência e autonomia para comer, tomar banho, ir ao banheiro, fazer compras, utilizar o transporte sozinho. As questões sobre a percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas contemplam também a população idosa na PNS.

2.6 JUSTIFICATIVA

Até o momento, baseado nas buscas realizadas, ainda não há estudos que avaliem possíveis associações entre os atributos da APS e a capacidade funcional de pessoas com 60 anos ou mais. É relevante explorar essa possível relação em bases de dados nacionais e de abrangência populacional, como a PNS 2019. É importante para que a sociedade e os gestores públicos conheçam pontos a serem melhorados na APS, que podem beneficiar a população idosa.

A APS no Brasil ainda esbarra em grandes entraves que atrapalham seu papel de organizadora e coordenadora do sistema e cuidado em saúde (Lavras, 2011). O que preocupa e chama atenção é que o Brasil está envelhecendo e é importante que o país esteja preparado para as demandas desta população, uma vez que a maior parte das pessoas idosas utilizam o sistema de saúde público (Garcia et al., 2020).

As transformações ocorridas no organismo do indivíduo idoso implicam em limitações na capacidade funcional para a realização das suas atividades de vida

diária, pois não apresentam a mesma destreza e habilidade motora, além de um decréscimo no processamento cognitivo e no equilíbrio corporal, que leva as pessoas idosas a passarem por situações que acarretam riscos à sua saúde (Scarmagnan et al., 2021).

Por isso a PNS 2019 foi o inquérito de saúde escolhido para este estudo, pois por meio dela conseguimos entender a real situação de saúde e o estilo de vida das pessoas idosas. O uso de fonte de dados secundários de grandes bancos de dados é bastante empregado em pesquisas populacionais (Drumond et al., 2009).

Além disso, a abordagem metodológica com a Análise Fatorial e a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) sobre os microdados da PNS 2019, é algo inédito. Embora essas técnicas multivariadas sejam amplamente reconhecidas por sua capacidade de revelar estruturas latentes e padrões complexos em grandes bases de dados, sua utilização integrada no contexto da PNS 2019 ainda é escassa ou inexistente na literatura nacional e internacional. Essa inovação metodológica permite uma exploração mais aprofundada das inter-relações entre variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde, oferecendo novas perspectivas analíticas para a compreensão dos determinantes da saúde no Brasil.

3 OBJETIVOS

Esta seção apresenta os objetivos que nortearam o desenvolvimento da pesquisa, divididos em objetivo geral e objetivos específicos. Eles foram delineados com base na problemática investigada, visando orientar as etapas metodológicas e alcançar os resultados pretendidos.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o comportamento dos atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado da pessoa idosa adscrita na Estratégia Saúde da Família, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Descrever o perfil das pessoas idosas investigadas em relação às características/aspectos sociodemográficos, doenças crônicas selecionadas, uso de medicamentos e ocorrência de quedas.
- II. Verificar se existe agregação entre os itens relativos aos atributos da APS na avaliação da qualidade da assistência a pessoa idosa neste nível de atenção.
- III. Investigar a associação entre os atributos da Atenção Primária à Saúde e as diferentes regiões do Brasil.
- IV. Verificar a associação entre atributos da Atenção Primária à Saúde e Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta seção, são descritos os materiais utilizados e os procedimentos metodológicos empregados para o desenvolvimento da pesquisa.

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), no dia 23 de agosto de 2019, sob o CAAE nº 11713319.7.0000.0008. O presente estudo utilizou dados secundários da PNS disponíveis em *sites* oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, sendo dispensado de apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4.2 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, utilizando o banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Brasil, desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2019.

4.3 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O banco de dados utilizado neste estudo é de abrangência nacional, provenientes da PNS de 2019. O Brasil é composto por 5.568 municípios, distribuídos em uma extensão territorial de 8.510.345,538 km², com aproximadamente 75,5 milhões de domicílios e uma população de 203,1 milhões de habitantes, segundo estimativas do IBGE (IBGE, 2022). A população residente estimada para 2019 foi de 210.147.125 indivíduos, dos quais 15,7% eram pessoas idosas, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2020).

A amostra da PNS 2019 foi delineada a partir de 8.036 Unidades Primárias de Amostragem (UPAs), compreendendo 108.525 domicílios. A distribuição do número de domicílios por UPA variou entre 12 e 18, sendo considerada uma taxa de não resposta de 20%. A amostragem da PNS é realizada por meio de uma técnica

aleatória e por conglomerados em múltiplos estágios, garantindo a representatividade da população brasileira ao selecionar setores censitários e domicílios de forma aleatória, e indivíduos dentro desses domicílios (IBGE, 2020).

Neste estudo, foram incluídos exclusivamente os participantes com 60 anos ou mais que responderam afirmativamente à pergunta B1 do módulo B do questionário da PNS 2019: “O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?”. A amostra final consistiu em pessoas idosas residentes em domicílios particulares cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), excluindo-se aqueles localizados em setores censitários especiais (IBGE, 2020).

Os dados da PNS 2019 reforçam o desempenho superior da ESF na organização e na qualidade da atenção à saúde no Brasil, sobretudo no que se refere ao cuidado integral à população idosa (Macinko; Mullachery, 2022).

4.4 INSTRUMENTO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

O questionário da PNS 2019 foi dividido em três partes e 25 módulos, os quais contemplam informações do domicílio e visitas domiciliares, características dos moradores (educação, trabalho, renda, pessoas com deficiências, cobertura de planos de saúde, utilização de serviços de saúde, saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais de idade, saúde de crianças menores de dois anos de idade) e do morador selecionado (acidentes, estilo de vida, percepção do estado de saúde, violência, doenças crônicas, saúde da mulher, atendimento pré-natal, saúde bucal, atendimento médico) (IBGE, 2020).

Este estudo foi realizado a partir da análise dos dados sociodemográficos dos módulos C (Características gerais dos moradores), D (Características de educação das pessoas de 5 anos ou mais de idade) e Q (Doenças crônicas) de pessoas idosas cadastradas na ESF; dados de saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais do módulo K e de questões correspondentes aos atributos da APS no módulo H, referentes também as pessoas idosas, que se encontram nos quadros 1, 2 e 3.

4.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para atender aos objetivos do estudo foram realizadas diferentes análises estatísticas: medidas descritivas, análise fatorial e análise de correspondência múltipla. Todas elas foram conduzidas no *software R* (*R Core Team*, 2018), sendo utilizada a biblioteca *survey* (svy) e adotado em todos os testes estatísticos nível de significância 0,05.

Os métodos 1, 2, 3 e 4 foram selecionados e descritos de modo a atender de forma coerente aos objetivos propostos neste estudo.

4.5.1 Método 1

- Objetivo: Descrever o perfil das pessoas idosas investigadas em relação às características/aspectos sociodemográficos, doenças crônicas selecionadas, uso de medicamentos e ocorrência de quedas.

As variáveis utilizadas foram as variáveis que correspondem às informações sociodemográficas que constam nos módulos C (Características gerais dos moradores), D (Características de educação das pessoas de 5 anos ou mais de idade) e Q (Doenças crônicas), e duas questões do módulo K (Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais) do questionário da PNS 2019 (Tomasi et al., 2022; Candido et al., 2022; Stopa et al., 2020). As questões se encontram no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis de controle relacionadas as informações sociodemográficas e de saúde da PNS 2019.

Variável - Explicação	Unidade de medida
C6. Sexo	1. Homem 2. Mulher
C8. Idade	Anos
C9. Cor ou raça	1. Branca 2. Não branca (Preta, Amarela, Parda, Indígena)
C11. Qual é o estado civil?	1. Vive com companheiro (Casado) 2. Não vive com companheiro (Divorciado, desquitado, separado judicialmente, viúvo, solteiro)
D9a. Qual foi o curso mais elevado que frequentou?	1. Menos de 4 anos de escolaridade 2. Mais de 4 anos de escolaridade (ensino fundamental 1, ensino fundamental 2, ensino médio, superior, pós-graduação)

Q2a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?	1. Sim 2. Não
Q30a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	1. Sim 2. Não
Q63a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tal como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?	1. Sim 2. Não
Q68. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame?	1. Sim 2. Não
Q79. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite ou reumatismo?	1. Sim 2. Não
Q92. Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?	1. Sim 2. Não
Q116a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma outra doença crônica no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)?	1. Sim 2. Não
Q120. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de câncer?	1. Sim 2. Não
Q124. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de insuficiência renal crônica?	1. Sim 2. Não
K43a. ____ faz uso de algum medicamento, que foi receitado por um médico, para uso regular ou contínuo (Diário)?	1. Sim 2. Não; Não sabe / Não respondeu
K54a. Nos últimos doze meses, ____ teve alguma queda?	1. Sim 2. Não
K55. Na ocasião dessa(s) queda(s) nos últimos doze meses, ____ fraturou quadril ou fêmur?	1. Sim 2. Não

Fonte: PNS 2019.

Essas variáveis foram usadas de forma individual, para caracterização da amostra. A descrição da amostra foi realizada por valores de média e desvio-padrão para as variáveis contínuas, com os referentes intervalos de confiança a 95%, percentuais para as categóricas, também com seus respectivos intervalos de 95% de confiança.

4.5.2 Método 2

- **Objetivo:** Verificar se existe agregação entre os itens relativos aos atributos da APS na avaliação da qualidade da assistência a pessoa idosa neste nível de atenção.

A metodologia estatística utilizada para alcançar este objetivo foi a Análise Fatorial Exploratória. As variáveis utilizadas foram as perguntas da PNS que estão relacionadas aos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) propostos por Starfield (2002) do módulo H. As respostas às perguntas relacionadas a esses atributos, foram coletadas em uma escala ordinal, com as seguintes opções de resposta: "Com certeza sim", "Provavelmente sim", "Provavelmente não", "Com certeza não" e "Não sabe/Não lembra". Para a análise dos dados, essas respostas foram convertidas em valores numéricos, a fim de facilitar a interpretação e o processamento estatístico. Assim, as categorias mencionadas foram codificadas respectivamente pelos números "5", "4", "3", "2" e "1", preservando a ordem de gradação de certeza e concordância.

Os atributos e estas variáveis encontram-se no Quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis relacionadas aos atributos da APS na PNS 2019, para a análise fatorial.

Atributos	Perguntas da PNS (variáveis)
Atenção no primeiro contato	Quando você tem um novo problema de saúde, você vai à "esse(a) médico(a)" antes de ir a outro serviço de saúde?
Longitudinalidade	Quando você vai ao "serviço de saúde", é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes?
Coordenação	"Esse(a) médico(a)" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou serviço especialista?
	Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)?
Integralidade	Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você?
	Verificar e discutir os medicamentos que você está usando?
	Como prevenir quedas?

Fonte: PNS 2019.

A análise fatorial exploratória foi conduzida a partir da matriz de correlação e os fatores foram estimados pelo método da máxima verossimilhança. Uma rotação ortogonal do tipo varimax foi aplicada para uma melhor discriminação dos atributos da APS mais relevantes para cada fator, auxiliando na interpretação dos resultados (Hair et al., 2009). A análise foi realizada considerando 2 e 3 fatores. Para a escolha da melhor solução, foi utilizado teste sob a hipótese de nulidade de que a quantidade de fatores utilizada é satisfatória. A estatística do teste tem distribuição assintótica qui quadrado com $\frac{1}{2}[(p - m)^2 - p - m]$ graus de liberdade, sendo p a quantidade de

variáveis e m a quantidade de fatores extraídos (Mingoti, 2005). O nível de significância adotado foi de 5%. Além desse teste de hipótese também foi considerada a interpretação obtida com cada uma das quantidades de fatores para definir a melhor solução. Para a associação dos atributos da APS com os fatores foram consideradas cargas fatoriais acima de 0,5. Cada fator foi composto pelas ações em saúde que apresentaram as maiores cargas fatoriais para o referido fator em comparação aos outros fatores. O percentual que conjuntamente os fatores explicam da variância total das respostas obtidas para as ações da APS, agregadas nos fatores relacionados aos atributos, foi também avaliado.

As análises estatísticas foram processadas com o *software R* (version 4.2.2, 2022), sendo utilizada a biblioteca *survey* (svy) para consideração dos pesos para análise da PNS.

4.5.3 Método 3

- Objetivo: Investigar a associação entre os atributos da Atenção Primária à Saúde e as diferentes regiões do Brasil.

As variáveis utilizadas foram as variáveis que estão relacionadas aos atributos da Atenção Primária à Saúde propostos por Starfield (2002) do módulo H e as regiões geográficas do Brasil. As variáveis estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Variáveis e suas categorizações relacionadas aos atributos da APS e regiões geográficas do Brasil, para a análise de correspondência múltipla.

Variável	Codificação	Categorização
Quando você tem um novo problema de saúde, você consulta este(a) médico(a) antes de procurar outro serviço? (Atenção no primeiro contato)	APC	0 = Ausente 1 = Presente
O mesmo médico(a) o(a) atende em todas as consultas? (Longitudinalidade)	LONG	0 = Ausente 1 = Presente
Esse(a) médico(a) sugeriu que você consultasse um(a) especialista? (Coordenação)	COOR	0 = Ausente 1 = Presente
Você recebe orientações sobre alimentação, higiene e sono adequados? (Integralidade)	INA	0 = Ausente 1 = Presente

Você recebe orientações sobre exercícios físicos? (Integralidade)	INB	0 = Ausente 1 = Presente
Os medicamentos são discutidos com o(a) médico(a)? (Integralidade)	INC	0 = Ausente 1 = Presente
Recebe orientações para prevenção de quedas? (Integralidade)	IND	0 = Ausente 1 = Presente
Regiões geográficas	RG	N = Norte NE = Nordeste CO = Centro- oeste SE = Sudeste S = Sul

Legenda: 0 (atributo ausente), 1 (atributo presente).

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Para investigar a associação entre os atributos da Atenção Primária à Saúde e as diferentes regiões do Brasil, foi utilizada a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) (Greenacre; Blausius, 2006). Essa análise permite projetar os dados em um subespaço de dimensão reduzida, otimizando a visualização das relações entre as categorias das variáveis estudadas. O subespaço é definido por eixos principais, responsáveis por captar a variância explicada pelas categorias.

Neste trabalho, a matriz de dados necessária à aplicação da análise de correspondência múltipla, foi representada pela matriz de Burt. A variância explicada por cada eixo foi usada para analisar o quanto da variabilidade de cada categoria foi capturada por esses eixos. Também foram consideradas as contribuições das categorias para a inércia dos eixos, ou seja, quanto da variabilidade do eixo é devida ao ponto, permitindo assim identificar quais pontos considerar para a interpretação de cada eixo. Quanto mais afastadas da origem do eixo, maior é a contribuição das categorias para a variância do eixo. Quanto mais variáveis e categorias, maior a dimensão do espaço e mais difícil e complexa é sua interpretação. Por essa razão, foram examinados os dois primeiros eixos, levando em conta oito variáveis, as quais foram organizadas em 19 categorias. A distribuição dos pontos é mostrada em gráficos chamados mapas perceptuais ou gráficos de correspondência múltipla. Quanto mais próximos estiverem os pontos, maior será a associação entre as categorias que eles representam.

As análises estatísticas foram processadas com o *software R* (version 4.2.2, 2022), sendo utilizadas as bibliotecas *survey*, para consideração dos pesos para análise da PNS, e *ca* para realização da análise de correspondência múltipla.

4.5.4 Método 4

- Objetivo: Verificar a associação entre atributos da Atenção Primária à Saúde e Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária.

Para atender esse objetivo, foram utilizadas questões sobre os domínios Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) do módulo K (Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais) da PNS 2019 (IBGE, 2020), que correspondem as variáveis ABVD e AIVD da capacidade funcional. As variáveis que estão relacionadas aos atributos da Atenção Primária à Saúde, foram extraídas do módulo H. As variáveis estão apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 - Variáveis e suas categorizações relacionadas aos atributos da APS e capacidade funcional para a análise de correspondência múltipla.

Variável	Codificação	Categorização
Em geral, que grau de dificuldade____ tem para comer sozinho(a) com um prato colocado à sua frente, incluindo segurar um garfo, cortar alimentos e beber em um copo? (ABVD)	ABA	0: Com limitação 1: Funcional
Em geral, que grau de dificuldade____ tem para tomar banho sozinho(a) incluindo entrar e sair do chuveiro ou banheira? (ABVD)	ABB	0: Com limitação 1: Funcional
Em geral, que grau de dificuldade____ tem para ir ao banheiro sozinho(a) incluindo sentar e levantar do vaso sanitário? (ABVD)	ABC	0: Com limitação 1: Funcional
Em geral, que grau de dificuldade____ tem para se vestir sozinho(a) incluindo calçar meias e sapatos, fechar o zíper e fechar e abrir botões? (ABVD)	ABD	0: Com limitação 1: Funcional
Em geral, que grau de dificuldade____ tem para andar em casa sozinho(a) de um cômodo a outro, em um mesmo	ABE	0: Com limitação 1: Funcional

andar, como do quarto para a sala? (ABVD)		
Em geral, que grau de dificuldade____ tem para deitar-se ou levantar-se da cama sozinho(a)? (ABVD)	ABF	0: Com limitação 1: Funcional
Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para fazer compras sozinho(a), por exemplo de alimentos, roupas ou medicamentos? (AIVD)	AIA	0: Com limitação 1: Funcional
Em geral, que grau de dificuldade____ tem para administrar as finanças sozinho(a) (Cuidar do seu próprio dinheiro)? (AIVD)	AIB	0: Com limitação 1: Funcional
Em geral, que grau de dificuldade____ tem para tomar os remédios sozinho(a) (Engolir o remédio, organizar horário e capacidade de lembrar de tomar o remédio)? (AIVD)	AIC	0: Com limitação 1: Funcional
Em geral, que grau de dificuldade____ tem para ir ao médico sozinho(a)? (AIVD)	AID	0: Com limitação 1: Funcional
Em geral, que grau de dificuldade____ tem para sair sozinho(a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro etc.? (AIVD)	AIE	0: Com limitação 1: Funcional
Quando você tem um novo problema de saúde, você consulta este(a) médico(a) antes de procurar outro serviço? (Atenção no primeiro contato)	APC	0 = Ausente 1 = Presente
O mesmo médico(a) o(a) atende em todas as consultas? (Longitudinalidade)	LONG	0 = Ausente 1 = Presente
Esse(a) médico(a) sugeriu que você consultasse um(a) especialista? (Coordenação)	COOR	0 = Ausente 1 = Presente
Você recebe orientações sobre alimentação, higiene e sono adequados? (Integralidade)	INA	0 = Ausente 1 = Presente
Você recebe orientações sobre exercícios físicos? (Integralidade)	INB	0 = Ausente 1 = Presente
Os medicamentos são discutidos com o(a) médico(a)? (Integralidade)	INC	0 = Ausente 1 = Presente
Recebe orientações para prevenção de quedas? (Integralidade)	IND	0 = Ausente 1 = Presente

Legenda: ABA a ABF (ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária), AIA a AIE (AIVD: Atividades Instrumentais da Vida Diária). ABA a AIE: 0 (com limitação em realizar), 1 (funcional, realiza). APC a IND: 0 (atributo ausente), 1 (atributo presente).

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Para investigar as associações e analisar a estrutura das relações entre os Atributos da Atenção Primária à Saúde e a capacidade funcional, foi aplicada também a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) (Greenacre; Blausius, 2006), utilizando a matriz de Burt. Foram analisadas 18 variáveis, as quais foram organizadas em 36 categorias.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do software Excel do pacote Microsoft Office 365 (Microsoft Corporation, 2024), e do software R (versão 4.2.2, 2022), utilizando as bibliotecas *survey*, para incorporar os pesos na análise da PNS, e *ca*, para a execução da análise de correspondência múltipla.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão referentes a tese encontram-se nos seguintes artigos científicos¹.

- **Artigo 1:** O CUIDADO AO IDOSO BASEADO NOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE FATORIAL DE DADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, BRASIL, 2019
- **Artigo 2:** ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E REGIÕES DO BRASIL: ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA MÚLTIPLA DE PESSOAS IDOSAS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DE 2019
- **Artigo 3:** ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS: ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA MÚLTIPLA DE DADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019

¹ Os artigos se apresentam de acordo com as normas para publicação das revistas a que foram submetidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese teve como foco a análise dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado da população idosa adscrita na Estratégia Saúde da Família (ESF), utilizando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. Os resultados obtidos nos três artigos que compõem este trabalho destacam a relevância da APS como um eixo estruturante para a promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas idosas no Brasil, mas também revelam desigualdades regionais e fragilidades na aplicação dos seus atributos essenciais.

No primeiro artigo, foi descrito o perfil sociodemográfico das pessoas idosas brasileiras atendidas na APS, revelando a predominância de doenças crônicas, como hipertensão (58,3%), e o elevado uso de medicamentos (76,1%). Os dados evidenciam o papel central da APS no cuidado desse público, com destaque para os atributos de acesso de primeiro contato (80%), longitudinalidade (77,7%) e integralidade (mais de 67%). Contudo, a coordenação do cuidado apresentou impacto limitado, sugerindo lacunas na articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde.

No segundo artigo, foram analisadas as diferenças regionais na adesão aos atributos da APS. Observou-se que as regiões Norte, Nordeste e Sul apresentaram maior adesão, enquanto o Sudeste se destacou pela falta de acesso de primeiro contato, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Essas disparidades evidenciam a necessidade de políticas públicas mais equitativas e voltadas para as especificidades locais.

O terceiro artigo investigou a associação entre os atributos da APS e a capacidade funcional das pessoas idosas. Houve associação entre acesso de primeiro contato e longitudinalidade com a realização independente de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), mas não com as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs). Esses resultados destacam que a APS, ao garantir continuidade e integralidade do cuidado, contribui para a manutenção da autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas.

Entre os pontos fortes desta tese, destaca-se o uso de uma base de dados representativa da população brasileira, permitindo uma análise abrangente e detalhada da APS no cuidado da pessoa idosa. Além disso, a abordagem multimetodológica utilizada é um diferencial, combinando análise descritiva, fatorial e

de correspondência múltipla. Essas técnicas, especialmente a análise de correspondência múltipla, têm ganhado destaque na área de saúde por possibilitarem identificar padrões complexos e relações entre variáveis de forma integrada. Essa escolha metodológica permitiu explorar de maneira robusta as interações entre os atributos da APS e as demandas regionais e funcionais, ampliando a confiabilidade e profundidade dos achados.

Esta tese contribui de forma significativa para o campo da saúde pública, ao reforçar a importância da APS como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população idosa. Seus resultados oferecem subsídios valiosos para o planejamento de políticas públicas mais equitativas e integradas, além de evidenciarem a necessidade de capacitação das equipes de APS para atender às demandas específicas do envelhecimento populacional. Ao destacar os desafios e as potencialidades da APS, esta pesquisa também contribui para o debate acadêmico sobre a efetividade e os limites desse modelo de atenção à saúde no Brasil.

Em conclusão, esta tese reafirma a relevância da APS como pilar fundamental para o envelhecimento ativo e saudável da população brasileira. No entanto, os achados também evidenciam a necessidade urgente de avançar em direção a uma APS mais equitativa, acessível e coordenada, capaz de reduzir desigualdades regionais e atender às demandas crescentes de uma população em rápido envelhecimento. A partir dos resultados apresentados, espera-se que esta pesquisa contribua para a formulação de estratégias e a consolidação de políticas públicas que promovam não apenas a saúde, mas também a dignidade e o bem-estar das pessoas idosas no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, V. F. F. *et al.* Avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida do idoso no Brasil residente em comunidade. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 21, p. 59-65, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019021203651>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 244-260, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Acesso em: 23 jun. 2022.
- AMARAL, C. E. M. *et al.* Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 801-812, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0473>. Acesso em: 23 jun. 2022.
- ANDRADE, J. M. *et al.* Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 2, p. 01-10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000616>. Acesso em: 19 mar. 2022.
- ARAÚJO, G. K. N. *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 3, p. 312-318, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900043>. Acesso em: 15 maio 2022.
- BAPTISTA, J. A. *et al.* Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. 01-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>. Acesso em: 23 jun. 2022.
- BARROS, L.; RAYMUNDO, T. M. Envelhecimento, trabalho e tecnologia: motorista de aplicativos como possibilidade laboral para a população 50+. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, n. 1, p. 01-20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2039>. Acesso em: 16 mar. 2022.
- BELASCO, A. G. S.; OKUNO, M. F. P. Reality and challenges of ageing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 01-02, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2019-72suppl201>. Acesso em: 19 mar. 2022.
- BONILLA-TINOCO, L. J.; FERNÁNDEZ-NIÑO, J. A.; DUNCAN, D. T. Neighborhood social environment and disability among Mexican older adults: a cohort-based analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, p. 01-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206919>. Acesso em: 14 abr. 2022.
- BORBA FILHO, L. F. S.; SIVIERO, P. C. L.; MYRRHA, L. J. D. O impacto demográfico e seus diferenciais por sexo nos custos assistenciais da saúde suplementar no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 28-39, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202199010299>. Acesso em: 16 mar. 2022.

BORGES, E. G. S. *et al.* Efeitos da dança no equilíbrio postural, na cognição e na autonomia funcional de idosos. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 5, p. 2436-2443, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0253>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BORGES, G. M.; CRESPO, C. D. Aspectos demográficos e socioeconômicos dos adultos brasileiros e a COVID-19: uma análise dos grupos de risco a partir da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00141020>. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: Proposta de Atenção Integral. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 24 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 25 abr. 2025.

BRASIL. **Lei 14.231 de 28 de outubro de 2021**. Lei do Fisioterapeuta. Brasília, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/10/2021&jornal=515&pagina=1&totalArquivos=130>. Acesso em: 23 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?** Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Brasil, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 23 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família – ESF**. Brasília: Ministério da Saúde, [2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>. Acesso em: 25 abr. 2025.

CABRAL, J. F. *et al.* Vulnerabilidade e Declínio Funcional em pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde: estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 1, p. 01-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200302>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 252-264, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>. Acesso em: 12 abr. 2022.

CANDIDO, L. M. *et al.* Comportamento sedentário e associação com multimorbidade e padrões de multimorbidade em idosos brasileiro: dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128221>. Acesso em: 12 abr. 2022.

CANUTO, C. P. A. S. *et al.* Segurança do paciente idoso hospitalizado: uma análise do risco de quedas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. 01-09, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018054003613>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CARDOSO, E., DIETRICH, T. P., SOUZA, A. P. Envelhecimento da população e desigualdade. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 41, n. 1, p. 23-43, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-31572021-3068>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 909-918, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.16402018>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CASTRO, A. P. R. *et al.* Promoção da saúde do idoso: ações na atenção básica à saúde. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 21, n. 2, p.155-163, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170133>. Acesso em: 15 abr. 2022.

CECCON, R. F. *et al.* Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 01, p. 99-108, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>. Acesso em: 6 mar. 2022.

CESÁRIO, V. A. C. *et al.* Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos 2008, 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 09, p. 4033-4044, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08962021>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CHAVES, L. A. *et al.* Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 24, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YjGx8RCSJgcnJJ8dzZYjvbd/?lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

CHRISTENSEN, K. *et al.* Ageing populations: the challenges ahead. **Lancet**, v. 374, n. 9696, p. 1196-1208, 2009. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4). Acesso em: 16 mar. 2022.

CUNHA, E. M., GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. Acesso em: 23 jun. 2022.

DAMACENO, A. N. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, n. 14, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769236832>. Acesso em: 20 mar. 2022.

DIAS, E. G. *et al.* Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1623-1635, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125014>. Acesso em: 22 jun. 2022.

DOTTO, J. M. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **Passo Fundo**, v. 21, n. 1, p. 23-30, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v21i1.5385>. Acesso em: 23 jun. 2022.

DRUMOND, E. F. *et al.* Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, n. 1, p. 7–19, jan. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982009000100002>. Acesso em: 23 jun. 2022.

FAGÁ, M. A. P. *et al.* Avaliando atributos do cuidado na Atenção Primária com o PCAtools. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 3, p. 01-13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n3p173-185>. Acesso em: 23 jun. 2022.

FARIAS, A. D. *et al.* Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 26, n. 5, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wPXrkdRGwNDxB9YYwZz7QSR/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

FARIAS, R. G., SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 167-176, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100019>. Acesso em: 6 mar. 2022.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Risco de mortalidade por todas as causas e sua relação com estado de saúde em uma coorte de idosos residentes na comunidade: Estudo FIBRA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 6153-6164, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.32922020>. Acesso em: 23 mar. 2022.

FREIRE, F. H. M. A.; GONZAGA, M. R.; GOMES, M. M. F. Projeções populacionais por sexo e idade para pequenas áreas no Brasil. **Revista Latinoamericana de Población**, v. 13, n. 26, p. 124-149, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i1.n26.6>. Acesso em: 19 mar. 2022.

GALKIN, F. *et al.* Reversibility of irreversible aging. **Ageing Res. Rev.**, v. 49, n. 1, p.104-114, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.11.008>. Acesso em: 6 mar. 2022.

GARCIA, L. A. A. *et al.* Satisfação de idosos octogenários com os serviços de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 23, n. 1, p. 01-11,

2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190235>. Acesso em 25 set. 2022.

GIACOMIN, K. C. *et al.* Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 2, p. 01-09, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000650>. Acesso em: 14 abr. 2022.

GREENACRE, M.; BLASIUS, J. **Mutiple correspondence analysis and related methods**. London: Chapman & Hall, 2006. 880 p.

GOMES, E. C. C. *et al.* Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2193-2202, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.24662018>. Acesso em: 15 abr. 2022.

GOMES, M. M. F. *et al.* Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 01-08, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02851>. Acesso em: 14 abr. 2022.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. O.; PESSOA, B. H. S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Rev. bras. educ. med.**, v. 43, n. 1, p. 82-90, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>. Acesso em: 26 jan. 2023.

GUIMARÃES, R. M.; ANDRADE, F. C. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v. 37, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/qxv5xWCd6cykFwrSwGwFY9q/?lang=pt>. Acesso em: 13 abr. 2022.

HAIR, J *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HEROLD, F. *et al.* Functional and/or structural brain changes in response to resistance exercises and resistance training lead to cognitive improvements - a systematic review. **Eur Rev Aging Phys Act**, v. 16, n. 10, p. 01-33, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s11556-019-0217-2>. Acesso em: 14 abr. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019**. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579#resultado>. Acesso em: 15 abr. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Portal do Governo Brasileiro**, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/acesso-informacao/institucional/o-ibge.html>. Acesso em: 10 abr. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população**: Brasil e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em: 19 mar. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: Resultados Preliminares**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 8 nov. 2024.

IKEGAMI, E. M. *et al.* Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: um estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 1083-1090, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.18512018>. Acesso em: 22 jun. 2022.

IKEGAMI, N. *et al.* Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. **Lancet**, v. 378, n. 9796, p. 1106-1115, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60828-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60828-3). Acesso em: 27 jun. 2022.

IVIC, S. O direito dos idosos na União Europeia. **Dados**, v. 56, n. 1, p. 185-205, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582013000100008>. Acesso em: 19 mar. 2022.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, v. 20, n. 4, p.867-874, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em: 6 mar. 2022.

LEMES, J. S. *et al.* Associação entre autoavaliação de saúde e tipos de atividades de vida diária em idosos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 251-259, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020450>. Acesso em: 14 abr. 2022.

LIMA-COSTA, M. F. Aging and public health: the Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 2, p. 01-02, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.201805200supl2ap>. Acesso em: 12 maio 2022.

LINI, E. V. *et al.* Factors associated with instrumental activities of daily living dependence in the elderly: a case-control study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4623-4630, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.03432019>. Acesso em: 15 abr. 2022.

LOPES, P. O. *et al.* Age-friendly city: future perspectives for the Brazilian cities. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 15, n. 03, p. 295-298, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-030001>. Acesso em: 14 abr. 2022.

MACHADO, G. A. B. *et al.* Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 312-318, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00973>. Acesso em: 23 jun. 2022.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, set. 2018.

MACINKO, J., MULLACHERY, P. H. Primary care experiences among Brazilian adults: Cross-sectional evidence from the 2019 National Health Survey. **PLoS ONE**, v. 17, n. 6, p. 01-14, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269686>. Acesso em: 26 jan. 2023.

MAIA, L. C. *et al.* Impact of matrix support on older adults in primary care: randomized community trial. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 10, p. 01-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002685>. Acesso em: 11 maio 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 24, supl. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2018.v21suppl1/e180021/pt/>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MANTON, K. G.; VAUPEL, J. W. Survival after the age of 80 in the United States, Sweden, France, England, and Japan. **N Engl J Med**, v. 333, n. 18, p. 1232–1235, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejm199511023331824>. Acesso em: 16 mar. 2022.

MARTINS, D. C. *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária a Saúde com mulheres em idade reprodutiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 75, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fcZ4SKpgmttZhQ794q6YJJq/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MARTINS, J. J. *et al.* 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, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10039>. Acesso em: 24 jun. 2022.

MARTINS, T. C. F. *et al.* Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>. Acesso em: 6 mar. 2022.

MASOCHINI, R. G.; FARIAS, S. N. P.; SOUSA, A. I. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 26, p. 01-06, 2021. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452022000100220. Acesso em: 18 abr. 2022.

MENDES, E. V. A Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 10-32, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/>. Acesso em: 25 abr. 2025.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49107/9788579670787-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 jan. 2023.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. 297 p.

MIRANDA, G. M. D. *et al.* O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Acesso em: 6 mar. 2022.

MKRTCHYAN, G. V. *et al.* ARDD 2020: from aging mechanisms to interventions. **Aging (Albany NY)**, v. 12, n. 24, p. 24484-24503, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18632/aging.202454>. Acesso em: 6 mar. 2022.

MOREIRA, A. D. *et al.* Saúde cardiovascular e validação do escore autorreferido no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4259-4268, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.31442020>. Acesso em: 12 maio 2022.

MOREIRA, L. B. *et al.* Fatores associados a capacidade funcional de idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2041-2050, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202506.26092018>. Acesso em: 6 mar. 2022.

NASCIMENTO, R. G. *et al.* Fisioterapia gerontológica na atenção primária à saúde: uma experiência na região norte. **Revista Ciência & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 222-228, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2013.3.13889>. Acesso em: 22 jun. 2022.

NOGUEIRA, P. S. F. *et al.* Factors associated with the functional capacity of older adults with leprosy. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 4, p. 711-718, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0091>. Acesso em: 7 mar. 2022.

NUNES, J. D. *et al.* Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 295-304, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200007>. Acesso em: 14 abr. 2022.

OLIVEIRA, H. N.; SILVA, C. A. M.; OLIVEIRA, A. T. R. Imigração internacional: uma alternativa para os impactos das mudanças demográficas no Brasil?. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, n. 1, p. 01-31, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0076>. Acesso em: 16 mar. 2022.

OLIVEIRA, J. A. D. *et al.* Longevidade e custo da assistência: o desafio de um plano de saúde de autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 4045-4054, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.15562018>. Acesso em: 14 abr. 2022.

OLIVEIRA, M. A. C., PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 23 jun. 2022.

OLIVEIRA, R. C.; COELHO, R. H. Efeitos das aposentadorias por tempo de contribuição e por idade sobre saúde e bem-estar dos indivíduos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, p. 01-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084120>. Acesso em: 14 abr. 2022.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4541-4552, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10862021>. Acesso em: 14 abr. 2022.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global age-friendly cities: a guide**. Organização Mundial da Saúde, 2007. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/97898999556867_por.pdf;jsessionid=CEDCE1B678285B61A636116805BE8505?sequence=3. Acesso em: 24 jun. 2022.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **As quatro áreas de ação da década**. Washington: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030/quatro-areas-acao-da-decada>. Acesso em: 27 jul. 2022.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento saudável**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>. Acesso em: 25 abr. 2022.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região**. Washington: OPAS, 2017. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49172/CSP296_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 17 fev. 2022.

PASSOS, V. M. A. *et al.* The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: results of the Global Burden of Disease Study 2017.

Population Health Metrics, v. 18, n. 1, p. 01-15, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1186/s12963-020-00206-3>. Acesso em: 25 jan. 2023.

PAZOS, P. F. B., BONFATTI, R. J. Velhice, trabalho e saúde do trabalhador no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.

23, n. 6, p. 01-09, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1590/1981-](https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200198)

[22562020023.200198](https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200198). Acesso em: 14 abr. 2022.

PEREIRA, I. F. S. *et al.* Padrões alimentares de idosos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/7kr3hScgNxWyPMs43rdv6zy/?lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

PETRONI, T. N. *et al.* Idosos não japoneses, japoneses e descendentes de japoneses no Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: condições funcionais e de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 02, p. 01-12, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180005.supl.2>. Acesso em: 12 maio 2022.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5 p. 1230-1238, 2011. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500022>. Acesso em: 16 mar. 2022.

PINTO, L. F. *et al.* Primary Care Assesment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Ciênc. Saúde coletiva, v. 26, n. 9, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/rkrfdygCthrGJPTcYZ9kTQC/?lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>. Acesso em: 11 abr. 2022.

PORTES, L. H. *et al.* Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Rev. APS**, v. 14, n. 1, p. 111-119, 2011. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14645/7847>. Acesso em: 20 mai. 2022.

RIBEIRO, C. D. *et al.* Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. **Revista de Salud Pública**, v. 17, n. 3, p. 379-393, 2015.

Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44076>. Acesso em: 23 jun. 2022.

ROCHA, V. C. L. G. *et al.* Avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde pelo usuário idoso: estudo transversal. **Revista de APS**, v. 24, n. 2, 2021. Disponível

em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33312/23551>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SCARMAGNAN, G. S. *et al.* A complexidade da tarefa afeta negativamente o equilíbrio e a mobilidade de idosos saudáveis. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 24, n. 1, p. 01-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200114>. Acesso em: 22 set. 2022.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SCHMIDT, T. P. *et al.* Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 11, p. 01-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241619>. Acesso em: 26 jan. 2023.

SERBIM, A. K., SANTOS, N. O., PASKULIN, L. M. G. Efeitos da intervenção Alfa-Saúde na alfabetização em saúde do idoso na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 75, n. 4, p. 01-09, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0978>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SILVA, A. M. M. *et al.* Fragilidade entre idoso e percepção de problemas em indicadores de atributos da atenção primária à saúde: resultados do ELSI-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00255420>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SILVA, R. L. *et al.* Internação hospitalar de pessoas idosas de um grande centro urbano brasileiro e seus fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 2, p. 01-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200335>. Acesso em: 15 maio 2022.

SILVA, R. M. *et al.* Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 01, p. 89-98, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31972020>. Acesso em: 12 maio 2022.

SILVA, S. L. A. *et al.* Efeito da idade, período e coorte de nascimento na incapacidade de idosos residentes na comunidade: Coorte de Idosos de Bambuí (1997-2012). **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 9, p. 02-15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156018>. Acesso em: 15 set. 2022.

SILVA, S. L. A. *et al.* Effective primary care attenuates the association between frailty and hospital admission in old age: the ELSI-Brazil. **Family Practice**, v. 20, p. 01-08, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmac054>. Acesso em: 23 set. 2022.

SILVA, W. L. F. *et al.*, Fatores associados à não adesão à farmacoterapia em pessoas idosas na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão sistemática.

Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, v. 24, n. 4, p. 01-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210156>. Acesso em: 15 abr. 2022.

SOARES, V. N. *et al.* Influência do desempenho físico na mortalidade, funcionalidade e satisfação com a vida de idosos: dados do estudo FIBRA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4181-4190, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.07592018>. Acesso em: 15 maio 2022.

SOUSA, N. C. *et al.* Aumento nas reclamações de idosos sobre a saúde suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 5123-5131, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.17942019>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SOUSA, N. F. D. S.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. A. Social inequalities in indicators of active aging: a population-based study. **Cien Saude Colet**, v. 26, n. 3, p. 5069-5080, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24432019>. Acesso em: 19 mar. 2022.

SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. *et al.* Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 207-216, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SOUZA, M. M. *et al.* Atributos derivados da atenção primária na assistência ao paciente oncológico. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 10, n. 8, p. 3004-3010, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11370p3004-3010-2016>. Acesso em: 26 jan. 2023

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 15 abr. 2022.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/RdbtmCHjJGt8xDW6bV3Y6JB/?format=html>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 02, p. 333-342, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>. Acesso em: 12 maio 2022.

TADANO, Y. S.; UGAYA, C. M. L.; FRANCO, A. T. Método de regressão de Poisson: metodologia para avaliação do impacto da poluição atmosférica na saúde populacional. **Ambient soc**, v. 12, n. 2, p. 241-255, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2009000200003>. Acesso em: 18 set. 2022.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 361-378, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>. Acesso em: 23 jun. 2022.

TOMASI, E. *et al.* Adequação do cuidado a pessoas com hipertensão arterial no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. **Epidemiol Serv Saúde**, 2022. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3824/7115>. Acesso em: 11 abr. 2022.

TRAVASSOS, G. F.; COELHO, A. B.; ARENDS-KUENNING, M. P. The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. **R. bras. Est. Pop**, v. 37, n. 1, p. 01-27, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0129>. Acesso em: 14 abr. 2022.

TRAVASSOS, C., VIACAVA, F., LAGUARDIA, J. Os suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 11, n. 1, p. 98-112, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500010>. Acesso em: 21 abr. 2022.

TUTTLE, C. S. L. *et al.* Cellular senescence and chronological age in various human tissues: A systematic review and meta-analysis. **Aging Cell**, v. 19, n. 2, p. 01-11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ace.13083>. Acesso em: 14 abr. 2022.

VEGI, A. S. F. *et al.* Caminhabilidade e envelhecimento saudável: uma proposta de análise para cidades brasileiras de pequeno e médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00215218>. Acesso em: 19 mar. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 12 maio 2022.

WINGERTEN, D. G. *et al.* A pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: um estudo bibliométrico da produção científica internacional. **Rev. Bras. Med. Farm. Comunidade**, v. 16, n. 43, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2452/1654>. Acesso em: 18 abr. 2022.

Os anexos a seguir encontram-se disponíveis em <https://www.pns.iciet.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/Questionario-PNS-2019.pdf>

ANEXO A – Módulo B da PNS 2019

Módulo B - Visitas domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de Endemias

B1. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família? B001 ☐ 1. Sim (siga B2) ☐ 3. Não sabe (passe B4) ☐ 2. Não (passe B4)	B2. Quando o seu domicílio foi cadastrado? B002 ☐ 1. Há menos de 2 meses ☐ 3. De 6 meses a menos de um ano ☐ 2. De 2 a menos de 6 meses ☐ 4. Há um ano ou mais (siga B3)
B3. Nos últimos doze meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família? B003 ☐ 1. Mensalmente ☐ 4. Uma vez ☐ 2. A cada 2 meses ☐ 5. Nunca recebeu ☐ 3. De 2 a 4 vezes (siga B4)	B4. Nos últimos doze meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (como a dengue, por exemplo)? B004 ☐ 1. Mensalmente ☐ 4. Uma vez ☐ 2. A cada 2 meses ☐ 5. Nunca recebeu ☐ 3. De 2 a 4 vezes (passe Módulo C.)

3

Pesquisa Nacional de Saúde

[illegible]

ANEXO B – Módulo C da PNS 2019

Módulo C - Características gerais dos moradores

C1. Quantas pessoas moram neste domicílio: (siga C3)	C3. Número de ordem: C00301	C00302 Nome:
--	--	--

(siga C4)

C4. Condição no domicílio: C004			
☐ 1. Pessoa responsável pelo domicílio	☐ 6. Filho (a) somente do cônjuge	☐ 11. Bisneto(a)	☐ 16. Convivente - Não parente que compartilha despesas
☐ 2. Cônjuge ou companheiro(a) de sexo diferente	☐ 7. Genro ou nora	☐ 12. Irmão ou irmã	☐ 17. Pensionista
☐ 3. Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo	☐ 8. Pai, mãe, padrasto ou madrastra	☐ 13. Avô ou avó	☐ 18. Empregado(a) doméstico(a)
☐ 4. Filho(a) do responsável e do cônjuge	☐ 9. Sogro(a)	☐ 14. Outro parente	☐ 19. Parente do(a) empregado(a) doméstico(a)
☐ 5. Filho(a) somente do responsável	☐ 10. Neto(a)	☐ 15. Agregado(a) - Não parente que não compartilha despesas	

(siga C6)

C6. Sexo: C006 ☐ 1. Homem ☐ 2. Mulher (siga C7)	C7. Data de nascimento: C00701 C00702 C00703
---	---

Para moradores de 10 anos ou mais de idade - Nupcialidade

C10a. ____ tem cônjuge ou companheiro(a) que mora neste domicílio? C01001 ☐ 1. Sim Quem é? C010010 (passe C14) ☐ 2. Não (siga C13)	C13. ____ tem cônjuge ou companheiro (a) que mora em outro domicílio? C013 ☐ 1. Sim (siga C14) ☐ 2. Não (passe C17)	C14. Qual é a natureza dessa união? C014 ☐ 1. Casamento civil (passe C16) ☐ 2. União estável (convivência) (siga C15)
C15. Esta união é registrada em cartório? C015 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga C16)	C16. Foi realizada cerimônia religiosa para esta união? C016 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (passe C18)	C17. ____ já viveu com cônjuge ou companheiro(a) antes? C017 ☐ 1. Sim (siga C18) ☐ 2. Não (passe C12)
C18. Que idade ____ tinha quando começou a viver com seu(sua) primeiro(a)/único(a) marido(mulher) ou companheiro (a)? C01801 C018 ☐ 1. C01801 C018 (Idade) ☐ 2. Não sabe / não lembra (siga C11)		
C11. Qual é o estado civil de ____? C011 ☐ 1. Casado(a) ☐ 2. Divorciado(a) ou desquitado(a) ou separado(a) judicialmente ☐ 3. Viúvo (a) ☐ 4. Solteiro (a) (siga C12)		

Para todos os moradores

C12. O informante desta parte foi:

☐ 1. A própria pessoa

☐ 2. Outro morador

☒ 3. Não morador

(Se idade >= 5, siga D1, caso contrário, passe D2a.)

ANEXO C – Módulo D da PNS 2019

Módulo D - Características de educação dos moradores

D1. ____ sabe ler e escrever? D001 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga D2a)		D2a. ____ frequenta escola ou creche? (Para C8<6) OU ____ frequenta escola? (Escola incluiu desde a pré-escola até o doutorado)? (Para C8>=6) D00201 ☐ 1. Sim (siga D2b) ☐ 2. Não (passe D8)		D2b. A escola que frequenta é da: D00202 ☐ 1. Rede privada ☐ 2. Rede pública (siga D3a)	
D3a. Qual é o curso que ____ frequenta? D00301 ☐ 1. Creche ☐ 2. Pré-escola ☐ 3. Alfabetização de jovens e adultos ☐ 4. Regular do ensino fundamental ☐ 5. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental ☐ 6. Regular do ensino médio ☐ 7. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio ☐ 8. Superior - graduação ☐ 9. Especialização de nível superior (duração mínima de 360 horas) ☐ 10. Mestrado ☐ 11. Doutorado (Se D3a = 1 a 3 ou 9 a 11, passe D15. Se D3a = 4 ao 7, passe D6. Se D3a = 8, passe D5a.					
D5a. Esse curso que ____ frequenta é dividido em: ☐ 1. Períodos semestrais ☐ 2. Anos D00501 ☐ 3. Outra forma (siga D6)		D6. Se (D3a = 4) ou (D3a = 8 e D5a = 2 ou 3) Qual é o ano que ____ frequenta? Se D3a = 8 e D5a = 1: Qual é o semestre que ____ frequenta? Para os demais casos: Qual é a série que ____ frequenta? D006 ☐ 1. Primeira(o) ☐ 4. Quarta(o) ☐ 7. Sétima(o) ☐ 10. Décimo ☐ 13. Curso não classificado em séries ou anos ☐ 2. Segunda(o) ☐ 5. Quinta(o) ☐ 8. Oitava(o) ☐ 11. Décimo primeiro ☐ ☐ 3. Terceira(o) ☐ 6. Sexta(o) ☐ 9. Nona(o) ☐ 12. Décimo segundo (Se D3a = 8 (Superior - graduação), siga D7. Se D3a = 4 ou 5 e D6 = 13, siga D6a. Caso contrário, passe D15)			
D6a. Qual é a etapa do ensino fundamental que ____ frequenta? (Anos iniciais – do 1º ao 5º ano do ensino fundamental) (Anos finais – do 6º ao 9º ano do ensino fundamental) D00601 ☐ 1. Anos iniciais (1º segmento) ☐ 2. Anos finais (2º segmento) (passe D15)		D7. ____ já concluiu algum outro curso superior de graduação? D007 ☐ 1. Sim (passe D11a) ☐ 2. Não (passe D15)		D8. Anteriormente ____ frequentou escola ou creche? (Escola incluiu desde a pré-escola até o doutorado) D008 ☐ 1. Sim (siga D9a) ☐ 2. Não (passe D15)	
D9a. Qual foi o curso mais elevado que ____ frequentou? D00901 ☐ 1. Creche ☐ 2. Pré-escola ☐ 3. Classe de alfabetização - CA ☐ 4. Alfabetização de jovens e adultos ☐ 5. Antigo primário (elementar) ☐ 6. Antigo ginasial (médio 1º ciclo) ☐ 7. Regular do ensino fundamental ou do 1º grau ☐ 8. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental ou supletivo do 1º grau ☐ 9. Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo) ☐ 10. Regular do ensino médio ou do 2º grau ☐ 11. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio ou supletivo do 2º grau ☐ 12. Superior - graduação ☐ 13. Especialização de nível superior (duração mínima de 360 horas) ☐ 14. Mestrado ☐ 15. Doutorado (Se D9a = 1 ou 2, passe D15. Se D9a = 3, 4, 13 ao 15, passe D14. Se D9a = 5 a 6, 8 ao 11, passe D12a. Se D9a = 7, siga D10. Se D9a = 12, passe D11a.)					
D10. A duração deste curso que ____ frequentou anteriormente era de: D010 ☐ 1. 8 anos ☐ 2. 9 anos (siga D12a)		D11a. Este curso que ____ frequentou anteriormente era dividido em: D01101 ☐ 1. Períodos semestrais ☐ 2. Anos ☐ 3. Outra forma (Se D7 = 1, passe D13a. Caso contrário, siga D12a)			
D12a. Se (D9a = 7 e D10 = 2) OU (D9a = 12 e D11a = 2 ou 3) ____ concluiu, com aprovação, pelo menos o primeiro ano deste curso que frequentou? D01201 Se (D9a = 12 e D11a = 1) ____ concluiu, com aprovação, pelo menos o primeiro semestre deste curso que frequentou? Para os demais casos: ____ concluiu, com aprovação, pelo menos a primeira série deste curso que frequentou? ☐ 1. Sim (siga D13a) ☐ 2. Não (passe D15) ☐ 3. Curso não classificado em séries ou anos (Se D9a = 7 ou 8, passe D13b. Caso contrário passe D14).					
D13a. D01301 Se (D7 = 1 e D11a = 2 ou 3) ou (D9a = 7 e D10 = 2) ou (D9a = 12 e D11a = 2 ou 3) Qual foi o último ano que ____ concluiu, com aprovação, neste curso que frequentou? OU Se (D7 = 1 e D11a = 1) ou (D9a = 12 e D11a = 1) Qual foi o último semestre que ____ concluiu, com aprovação, neste curso que frequentou? Para os demais casos: Qual foi a última série que ____ concluiu, com aprovação, neste curso que frequentou? ☐ 1. Primeira(o) ☐ 4. Quarta(o) ☐ 7. Sétima(o) ☐ 10. Décimo(o) ☐ 2. Segunda(o) ☐ 5. Quinta(o) ☐ 8. Oitava(o) ☐ 11. Décimo primeiro(o) ☐ 3. Terceira(o) ☐ 6. Sexta(o) ☐ 9. Nona(o) ☐ 12. Décimo segundo(o) (Se D7 = 1, passe D15. Caso contrário, siga D14)					
D13b. Qual foi a etapa do ensino fundamental que ____ frequentou? (Anos iniciais – da 1ª a 4ª série do ensino fundamental de 8 anos ou do 1º ao 5º ano do ensino fundamental de 9 anos) (Anos finais – da 5ª a 8ª série do ensino fundamental de 8 anos ou do 6º ao 9º ano do ensino fundamental de 9 anos) ☐ 1. Anos iniciais (1º segmento) (siga D13c) ☐ 2. Anos finais (2º segmento) (passe D14) D01302		D13c. ____ concluiu os anos iniciais deste curso que frequentou? D01303 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (passe D15 e impute 2 na D14.)		D14. ____ concluiu este curso que frequentou? D014 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga D15)	
D15. O informante desta parte foi: D015 ☐ 1. A própria pessoa ☐ 2. Outro morador ☐ 3. Não morador D01501 (Passe Módulo E.)					

ANEXO D – Primeira página do módulo Q da PNS 2019

Módulo Q - Doenças Crônicas

Q1a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) teve sua pressão arterial medida? Q00101 ☐ 1. Menos de 6 meses ☐ 2. De 6 meses a menos de 1 ano ☐ 3. De 1 ano a menos de 2 anos ☐ 4. De 2 anos a menos de 3 anos ☐ 5. 3 anos ou mais ☐ 6. Nunca (Se Q1a = 1 a 5, siga Q2a. Se Q1a = 6, passe ao Q29a.)	
Q2a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)? Q00201 ☐ 1. Sim (Se Q2a = 1 e mulher, siga Q2b. Se Q2a = 1 e homem, siga Q3) ☐ 2. Não (Se Q2a = 2, passe Q29a)	
Q2b. Essa hipertensão arterial (pressão alta) ocorreu apenas durante algum período de gravidez? Q00202 ☐ 1. Sim (passe Q29a) ☐ 2. Não (siga Q3)	
Q3. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)? Q003 ____ Anos ☐ 0. Menos de 1 ano (siga Q4a)	
Q4a. O(A) Sr(a) vai ao médico /serviço de saúde regularmente para acompanhamento da hipertensão arterial (pressão alta)? Q00401 ☐ 1. Sim, regularmente ☐ 2. Não, só quando tem algum problema ☐ 3. Nunca vai ao médico para acompanhamento da hipertensão arterial (Se Q4a = 2 ou 3, siga Q5a. Se Q4a = 1, passe Q5b)	
Q5a. Qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente para acompanhamento da hipertensão arterial (pressão alta)? Q00502 ☐ 1. O serviço de saúde é distante ou tem dificuldade de transporte ☐ 2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande ☐ 3. Tem dificuldades financeiras ☐ 4. Não acha necessário ☐ 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas ☐ 6. Não conseguiu marcar consulta pelo plano ☐ 7. Não sabe quem procurar ou onde ir ☐ 8. Não tem quem o(a) acompanhe ☐ 9. O serviço de saúde não tem médico ou não funciona regularmente ☐ 10. A pressão está controlada ☐ 11. Outro (Especifique: Q005021) (siga Q5b)	
Q5b. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para a hipertensão arterial (pressão alta)? Q00503 ☐ 1. Sim (siga Q6a) ☐ 2. Não (passe Q11a)	
Q6a. Nas duas últimas semanas, o(a) Sr(a) tomou os medicamentos para controlar a hipertensão arterial (pressão alta)? Q00601 ☐ 1. Sim, todos ☐ 2. Sim, alguns ☐ 3. Não, nenhum (Se Q6a = 1, passe Q6b. Se Q6a = 2 ou 3, siga Q6b)	
Q6b. Qual o principal motivo para o(a) Sr(a) não ter tomado os medicamentos receitados para a hipertensão arterial (pressão alta)? Q00602 ☐ 1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde ☐ 2. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no "Aqui tem Farmácia Popular" ☐ 3. A farmácia era distante ou teve dificuldade de transporte ☐ 4. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos para comprar na farmácia ☐ 5. Não tinha dinheiro para comprar ☐ 6. Não achou necessário ☐ 7. Não precisa mais tomar medicamentos Porque a pressão está controlada ☐ 8. Outro (Especifique: Q006021) (Se Q6a = 2, siga Q6b. Se Q6a = 3, passe Q11a.)	
Q6a. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido no "Aqui tem farmácia popular"? Q00801 ☐ 1. Sim, todos (passe Q10) ☐ 2. Sim, alguns (siga Q9) ☐ 3. Não, nenhum (siga Q9)	
Q9. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido no serviço público de saúde? Q009 ☐ 1. Sim, todos ☐ 2. Sim, alguns (siga Q10) ☐ 3. Não, nenhum	
Q10. O(a) Sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos? Q010 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga Q11a)	
Q11a. Quando foi a última que o(a) Sr(a) recebeu atendimento médico por causa da hipertensão arterial? Q01101 ☐ 1. Menos de 6 meses ☐ 2. De 6 meses a menos de 1 ano ☐ 3. De 1 ano a menos de 2 anos ☐ 4. De 2 anos a menos de 3 anos ☐ 5. 3 anos ou mais ☐ 6. Nunca (Se Q11a = 1 a 4, siga Q12a. Se Q11a = 5 ou 6, passe Q28.)	
Q12a. Na última vez que recebeu atendimento médico para hipertensão arterial, onde o(a) Sr(a) foi atendido? Q01202 ☐ 1. Farmácia ☐ 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) ☐ 3. Policlínica pública, PAM (posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público ☐ 4. UPA (Unidade de pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público ☐ 5. Ambulatório de hospital público ☐ 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado ☐ 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado ☐ 8. No domicílio ☐ 9. Outro serviço (Especifique: Q012021) (siga Q14)	

ANEXO E – Módulo K da PNS 2019

Módulo K – Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais

K1. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para comer sozinho (a) com um prato colocado à sua frente, incluindo segurar um garfo, cortar alimentos e beber em um copo? K001 ☐ 1. Não consegue ☐ 3. Tem pequena dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 4. Não tem dificuldade (siga K4)	K4. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para tomar banho sozinho(a) incluindo entrar e sair do chuveiro ou banheira? K004 ☐ 1. Não consegue ☐ 3. Tem pequena dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 4. Não tem dificuldade (siga K7)
K7. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para ir ao banheiro sozinho (a) incluindo sentar e levantar do vaso sanitário? K007 ☐ 1. Não consegue ☐ 3. Tem pequena dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 4. Não tem dificuldade (siga K10)	K10. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para se vestir sozinho(a) incluindo calçar meias e sapatos, fechar o zíper, e fechar e abrir botões? K010 ☐ 1. Não consegue ☐ 3. Tem pequena dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 4. Não tem dificuldade (siga K13)
K13. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para andar em casa sozinho (a) de um cômodo a outro, em um mesmo andar, como do quarto para a sala? K013 ☐ 1. Não consegue ☐ 3. Tem pequena dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 4. Não tem dificuldade (siga K16)	K16. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para deitar-se ou levantar-se da cama sozinho(a)? K016 ☐ 1. Não consegue ☐ 3. Tem pequena dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 4. Não tem dificuldade (siga K19)
K19. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para sentar-se ou levantar-se da cadeira sozinho(a)? K019 ☐ 1. Não consegue ☐ 3. Tem pequena dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 4. Não tem dificuldade (Se K1 ou K4 ou K7 ou K10 ou K13 ou K16 ou K19 = 1, 2 ou 3, siga K19a.) (Se K1 e K4 e K7 e K10 e K13 e K16 e K19 = 4, passe K22.)	K19a. ____ precisa de ajuda para realizar algumas(s) destas atividades (comer, tomar banho, ir ao banheiro, se vestir, andar em casa de um cômodo ao outro, deitar-se ou levantar-se da cama sozinho, sentar-se ou levantar-se da cadeira sozinho)? K01901 ☐ 1. Sim (siga K20a) ☐ 2. Não (passe K22)
K20a. ____ recebe ajuda para realizar alguma(s) destas atividades? K02001 ☐ 1. Sim (siga K21a) ☐ 2. Não (passe K22)	K21a. Na maioria das vezes, quem presta ajuda a ____ para realizar algumas dessas atividades? K02101 ☐ 1. Parente morador no domicílio ☐ 4. Empregada doméstica ☐ 2. Parente não morador no domicílio ☐ 5. Outra pessoa não parente ☐ 3. Enfermeiro ou cuidador contratado (Se K21a = 1, 2 ou 5, siga K21b. Se K21a = 3 ou 4, passe K22.)
K21b. Essa pessoa que lhe presta ajuda é remunerada por este serviço? K02102 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga K22)	K22. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para fazer compras sozinho(a), por exemplo de alimentos, roupas ou medicamentos? K022 ☐ 1. Não consegue ☐ 3. Tem pequena dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 4. Não tem dificuldade (siga K25)
K25. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para administrar as finanças sozinho(a) (Cuidar do seu próprio dinheiro)? K025 ☐ 1. Não consegue ☐ 3. Tem pequena dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 4. Não tem dificuldade (siga K28)	K28. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para tomar os remédios sozinho(a)? (Engolir o remédio, organizar horário e capacidade de lembrar de tomar o remédio) K028 ☐ 1. Não consegue ☐ 4. Não tem dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 5. Não faz uso de medicamentos ☐ 3. Tem pequena dificuldade (siga K31)
K31. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para ir ao médico sozinho(a)? K031 ☐ 1. Não consegue ☐ 3. Tem pequena dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 4. Não tem dificuldade (siga K34)	K34. Em geral, que grau de dificuldade ____ tem para sair sozinho(a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro etc.? K034 ☐ 1. Não consegue ☐ 3. Tem pequena dificuldade ☐ 2. Tem grande dificuldade ☐ 4. Não tem dificuldade (Se K22 ou K25 ou K28 ou K31 ou K34 = 1, 2 ou 3, siga K34a.) (Se K22 = 4 e K25 = 4 e K28 = 4 ou 5 e K31 = 4 e K34 = 4, passe K43a.)
K34a. ____ precisa de ajuda para realizar algumas(s) destas atividades (fazer compras, administrar as finanças, tomar os remédios, ir ao médico, sair utilizando um transporte ônibus, metrô, táxi, carro etc.)? K03401 ☐ 1. Sim (siga K35a) ☐ 2. Não (passe K43a)	

K35a. ____ recebe ajuda para realizar alguma(s) destas atividades? K03501 ☐ 1. Sim (siga K36a) ☐ 2. Não (passe K43a)	
K36a. Na maioria das vezes, quem presta ajuda a ____ para realizar algumas dessas atividades? K03601 ☐ 1. Parente morador no domicílio ☐ 4. Empregada doméstica ☐ 2. Parente não morador no domicílio ☐ 5. Outra pessoa não parente ☐ 3. Enfermeiro ou cuidador contratado (Se K36a = 1, 2 ou 5, siga K36b. Se K36a = 3 ou 4, passe K43a.)	K36b. Essa pessoa que lhe presta ajuda é remunerada por este serviço? K03602 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga K43a)
K43a. ____ faz uso de algum medicamento, que foi receitado por um médico, para uso regular ou contínuo (Diário)? K04301 ☐ 1. Sim (siga K43b) ☐ 2. Não (passe K44a) ☐ 3. Não sabe / Não respondeu (passe K44a)	
K43b. Quantos medicamentos diferentes de uso regular ou contínuo, receitados pelo médico, ____ usou nas <u>duas últimas semanas</u> ? K04302 (Medicamentos) (siga K44a)	
K44a. Quando foi a última vez que ____ fez exame de vista por profissional de saúde? K04401 ☐ 1. Menos de 6 meses ☐ 4. De 2 anos a menos de 3 anos ☐ 2. De 6 meses a menos de 1 ano ☐ 5. 3 anos ou mais ☐ 3. De 1 ano a menos de 2 anos ☐ 6. Nunca fez (Se K44a = 6, passe K52. Caso contrário siga K45)	
K45. Algum médico já deu a ____, diagnóstico de catarata em uma ou em ambas as vistas? K045 ☐ 1. Sim (siga K46) ☐ 2. Não (passe K52)	
K46. Houve indicação para realização de cirurgia nos olhos para retirar a catarata? K046 ☐ 1. Sim (siga K47) ☐ 2. Não (passe K52)	
K47. ____ fez a cirurgia? K047 ☐ 1. Sim (passe K50) ☐ 2. Não (siga K48)	
K48. Qual o principal motivo de não ter feito a cirurgia de catarata? K048 ☐ 1. Está marcada, mas ainda não fez ☐ 4. Estava com dificuldades financeiras ☐ 2. Não achou necessário ou teve medo ☐ 5. Não conseguiu marcar a cirurgia pelo plano ☐ 3. Ainda não conseguiu vaga ☐ 6. Outro (Especifique K04801) (passe K52)	
K50. Pagou algum valor pela cirurgia? K050 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga K51)	
K51. A cirurgia foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)? K051 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não sabe / Não lembra (siga K52)	
K52. Nos últimos doze meses, tomou vacina contra gripe? K052 ☐ 1. Sim (passe K54a) ☐ 2. Não (siga K53a)	

K53a. Qual o principal motivo por não ter tomado a vacina contra gripe?		K05302		
☐	1. Não acha necessário ou raramente fica gripado		☐	6. A vacina não estava disponível no serviço que procurou
☐	2. Não sabia onde tomar a vacina		☐	7. Contraindicação médica ou motivo de doença / alergia
☐	3. Tem medo da reação		☐	8. Não acredita que a vacina proteja contra gripe
☐	4. Tem medo da injeção		☐	9. Esqueceu / Não teve tempo / Perdeu o prazo da campanha
☐	5. O serviço de saúde era distante ou teve dificuldade de transporte		☐	10. Outro (Especifique _____)
K053021				
(siga K54a)				
K54a. Nos últimos doze meses, ____ teve alguma queda?		K05401		
☐	1. Sim (siga K54b)		☐	2. Não (passe K62)
K54b. Nos últimos doze meses, na ocasião dessa(s) queda(s) ocorrida(s) ____ procurou o serviço de saúde?		K05402		
☐	1. Sim (siga K55)		☐	2. Não (passe K62)
K55. Na ocasião dessa(s) queda(s) nos últimos doze meses, ____ fraturou quadril ou fêmur?		K055		
☐	1. Sim (siga K56a)		☐	2. Não (passe K62)
K56a. ____ fez cirurgia por causa dessa fratura?		K05601		
☐	1. Sim (siga K56b)		☐	2. Não (passe K62)
K56b. ____ teve colocação de prótese?		K05602		
☐	1. Sim		☐	2. Não
(siga K62)				
K62. O informante desta parte foi:		K062	K06201	
☐	1. A própria pessoa		☐	2. Outro morador
			☐	3. Não morador
(Encerre Módulo K)				

ANEXO F - Questões correspondentes aos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde no módulo H da PNS 2019

Acesso de Primeiro Contato - Utilização

Entrevistador(a), entregue o cartão ao morador, e peça que ele indique a melhor opção de resposta para as próximas perguntas.

H8. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai à "esse(a) médico(a)" antes de ir a outro serviço de saúde? H008		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H9)		

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade

ATENÇÃO: A expressão "serviço de saúde" indica a unidade básica de saúde (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família) na qual foi realizada a última consulta esse(a) médico

H9. Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H10)		

H10. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) "serviço de saúde" quando pensa que é necessário? H010		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H11)		

Longitudinalidade

H11. Quando você vai ao(a) "serviço de saúde", é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes? H011		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H12)		

H12. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à "esse(a) médico(a)"? H012		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H13)		

H13. "Esse(a) médico(a)" sabe quais problemas são mais importantes para você? H013		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H14)		

H14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) "serviço de saúde" para outro serviço de saúde? H014		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H15)		

Coordenação do Cuidado

H15. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento com "esse(a) médico(a)"? (Entrevistador(a) Leia todas as alternativas) H015		
☐ 1. Sim (siga H16)	☐ 2. Não (passe H20)	☐ 3. Não sabe / Não lembra (passe H20)

H16. "Esse(a) médico(a)" sugeriu(indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou serviço especializado? H016		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H17)		

H17. "Esse(a) médico(a)" escreveu alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta? H017		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H18)		

H18. "Esse(a) médico(a)" sabe quais foram os resultados dessa consulta (com especialista ou no serviço especializado)? H018		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H19)		

H19. "Esse(a) médico(a)" pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu no(a) especialista ou serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido(a))? H019		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H20)		

Integralidade – Serviços Disponíveis

Entrevistador(a) leia: A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam Esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique se no(a) "serviço de saúde" essas opções estão disponíveis)

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

H21. Aconselhamento para problemas de saúde mental (Ex: ansiedade, depressão)?			H021
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra	
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não		
			(siga H22)
H22. Aconselhamento sobre como parar de fumar?			H022
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra	
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não		
			(siga H23)
H23. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (Ex: diminuição da memória, risco de cair)?			H023
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra	
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não		
			(siga H24)

Integralidade - Serviços Prestados

Entrevistador(a) leia: A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no(a) "nome do serviço de saúde". Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são conversados com você.

H24. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente) ?			H024
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra	
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não		
			(siga H25)
H25. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você?			H025
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra	
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não		
			(siga H26)
H26. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando?			H026
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra	
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não		
			(siga H27)