



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

ALEXIA LARA LACET FIREMAN COELHO

**TERRITÓRIO E ENVELHECIMENTO ATIVO: QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS EM PROGRAMAS DE UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE EM SANTOS/SP**

**SANTOS - SP
2026**

ALEXIA LARA LACET FIREMAN COELHO

**TERRITÓRIO E ENVELHECIMENTO ATIVO: QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS EM PROGRAMAS DE UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE EM SANTOS/SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona

**SANTOS - SP
2026**

[Dados Internacionais de Catalogação] Departamento de
Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Viviane Santos da Silva - CRB 8/6746

C672t Coelho, Alexia Lara Lacet Fireman
Território e envelhecimento ativo: qualidade de vida
relacionada à saúde de idosos em Programas de Unidades Básicas
de Saúde em Santos/SP / Alexia Lara Lacet Fireman Coelho;
orientadora Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona-- 2026.
79 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos,
Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva,
2026.

Inclui bibliografia

1. Envelhecimento Ativo. 2. Qualidade de Vida. 3. Saúde da
Pessoa Idosa. 4. Atenção Primária. 5. Políticas Públicas. I.
Pamplona, Ysabely de Aguiar Pontes. II. Título.

CDU: Ed. 1997 - 614(043.3)

ALEXIA LARA LACET FIREMAN COELHO

TERRITÓRIO E ENVELHECIMENTO ATIVO: QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS EM PROGRAMAS DE UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE EM SANTOS/SP

Aprovada em: ____ / ____ / 2026

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona
Universidade Católica de Santos

Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins
Universidade Católica de Santos

Prof. Dr. Anderson Marcos Vieira do Nascimento
FIOCRUZ

Ao Renan, meu marido, o sol que clareia meus caminhos e a mão que nunca me deixou desistir. Teu amor e tua cumplicidade nesta jornada acadêmica são a razão de eu ter chegado até aqui. À minha mãe, minha base inabalável, cuja força moldou quem eu sou. E aos meus filhos, Beatriz e Henrique, e à nossa caçula Catarina que logo estará nos meus braços: escrevi cada página pensando no futuro de vocês. Tudo o que sou, e tudo o que faço, é e sempre será por vocês.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

À Universidade Católica de Santos (UniSantos) e ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva, pela oportunidade de qualificação e por fornecerem a sólida base científica necessária para a consolidação desta pesquisa.

À minha orientadora, Professora Doutora Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona, por me guiar com tanta sabedoria, paciência e rigor acadêmico ao longo deste percurso. Sua condução brilhante e generosa foi fundamental para que este trabalho ganhasse vida e forma.

À Prefeitura Municipal de Santos, instituição onde exerço minha profissão com muito orgulho como enfermeira e funcionária pública, pela rica vivência prática na saúde coletiva que tanto transformou e enriqueceu meu olhar acadêmico.

À minha mãe, que, ao lado das minhas duas irmãs, me criou com um amor imensurável e me deu os valores fundamentais para ser a mulher e a profissional que sou hoje. Ao meu padrasto e ao meu pai, pelo acolhimento, dedicação e presença. Vocês são o meu porto seguro inabalável.

Ao meu marido, Renan, que caminha lado a lado comigo desde os meus 19 anos, sendo o meu porto seguro e a luz que ilumina e guia os meus dias. Mais do que um companheiro, você é a força silenciosa que me faz acreditar que posso ir além. Obrigado por abraçar os meus sonhos como se fossem seus, por velar meu cansaço e por segurar a minha mão com tanta ternura em cada madrugada em claro dedicada a esta dissertação. Esta conquista não é só minha; ela é o fruto do amor que nos une e uma vitória que pertence inteiramente a nós dois.

Aos meus maiores tesouros, Beatriz e Henrique, e à minha pequenina Catarina que trago no ventre, que de forma tão pura compartilhou comigo cada batida acelerada do meu coração e cresceu junto com a escrita desta pesquisa. Vocês são a luz dos meus olhos, a força que me faz acordar todos os dias com coragem e a razão pela qual quero desbravar caminhos e conquistar o mundo. Estudo para provar a vocês que nenhum sonho é grande demais para quem tem fé e determinação. Tudo o que sou e tudo o que busco é, e sempre será, por vocês.

A todos os colegas de curso, professores, profissionais da saúde e amigos que, de perto ou de longe, compartilharam angústias e vitórias, tornando esta caminhada possível, o meu muito obrigada.

*"Entrega o teu caminho ao Senhor, confia
nele, e o mais ele fará."
(Salmos 37:5)*

RESUMO

O envelhecimento populacional no Brasil impõe desafios significativos às políticas públicas de saúde, exigindo estratégias voltadas à promoção do envelhecimento ativo. Nesse contexto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenham papel central ao ofertarem programas que buscam melhorar a qualidade de vida da população idosa. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo nas Unidades Básicas de Saúde de Santos/SP. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado com 51 pessoas idosas participantes de programas de envelhecimento ativo em três UBS do município de Santos/SP. A coleta de dados foi realizada por meio do questionário SF-36, complementado por instrumento sociodemográfico. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e, para comparação entre as unidades, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, adotando-se nível de significância de 5%. Os resultados indicaram escores médios mais elevados nos domínios Aspectos Sociais, Limitação por Aspectos Físicos e Saúde Mental, enquanto o domínio Estado Geral de Saúde apresentou menor desempenho. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as UBS nos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Sociais e Limitação por Aspectos Emocionais. Conclui-se que a qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes apresenta variações entre os domínios avaliados e entre as unidades analisadas, sugerindo a importância do contexto territorial na experiência do envelhecimento. Os achados contribuem para o aprimoramento das estratégias de promoção do envelhecimento ativo no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento Ativo, Qualidade de Vida, Saúde da Pessoa Idosa, Atenção Primária, Políticas Públicas.

ABSTRACT

Population aging in Brazil poses significant challenges for public health policies, requiring strategies aimed at promoting active aging. In this context, Basic Health Units (UBS) play a central role by offering programs that seek to improve the quality of life of the elderly population. This study aimed to evaluate the health-related quality of life of elderly individuals participating in active aging programs at Basic Health Units in Santos, São Paulo. It was a quantitative, cross-sectional, and descriptive study involving 51 elderly participants from active aging programs at three UBS facilities in the municipality of Santos. Data collection was carried out using the SF-36 questionnaire, complemented by a sociodemographic instrument. Data was analyzed using descriptive statistics, and the Kruskal-Wallis non-parametric test was used to compare the units, adopting a 5% significance level. The results indicated higher mean scores in the domains of Social Functioning, Role-Physical, and Mental Health, whereas the General Health domain showed the lowest performance. Statistically significant differences were observed between the UBS facilities in the domains of Physical Functioning, Social Functioning, and Role-Emotional. It is concluded that the participants' health-related quality of life varies across the evaluated domains and the analyzed units, suggesting the importance of the territorial context in the aging experience. The findings contribute to the improvement of strategies for promoting active aging within the scope of Primary Health Care.

Keywords: Active Aging, Quality of Life, Elderly Health, Primary Care, Public Policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Espacialização e área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo. Santos/SP, 2026.....	265
--	------------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes dos grupos de envelhecimento ativo das Unidades Básicas de Saúde do Campo Grande, Vila Mathias e Ponta da Praia. Santos/SP, 2025 (n=51).....	30
Tabela 2- Estatísticas descritivas dos domínios de qualidade de vida avaliados pelo questionário SF-36 em pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo. Santos/SP, 2025 (n=51).	34
Tabela 3 - Comparação dos domínios de qualidade de vida entre as Unidades Básicas de Saúde segundo teste de Kruskal-Wallis. Santos/SP, 2025 (n=51).	35

LISTA DE ABREVIACÕES

AB – Atenção Básica

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APS – Atenção Primária à Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CECON – Centro de Convivência

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DP – Desvio Padrão

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

RDI – Razão de Dependência dos Idosos

SF-36 – *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNISANTOS – Universidade Católica de Santos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 A transição demográfica e epidemiológica.....	13
1.2 O Paradigma do Envelhecimento Ativo e a Qualidade de Vida	14
1.3 A Atenção Primária como Território de Promoção	15
1.4 Santos/SP: O Recorte Espacial, Social e o Cenário do Envelhecimento	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 O Marco Jurídico-Político e a Proteção Social	18
2.2 Saúde Funcional, Senescência e o Paradigma da Fragilidade.....	19
2.3 Determinantes Sociais, Qualidade de Vida e o Território	21
3. OBJETIVO	23
3.1 Geral.....	23
3.2 Específicos	23
4. MÉTODO	24
4.1 Tipo de Estudo.....	24
4.2 Local do estudo.....	24
4.3 População e Amostra	26
4.4 Instrumento de Coleta: O SF-36.....	27
4.5 Coleta e Análise de Dados.....	28
4.6 Diretrizes de Integridade Científica e Uso de Inteligência Artificial.....	29
4.7 Aspectos Éticos	29
5. RESULTADOS.....	31
6. DISCUSSÃO.....	37
6.1 Determinantes Sociodemográficos e o Vínculo Territorial com a Atenção Primária	37
6.2 Aspectos Sociais e o Paradigma do Envelhecimento Ativo.....	41
6.3 O Território como Determinante da Qualidade de Vida: Uma Análise Comparativa entre as Policlínicas.	43
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A	56
APÊNDICE B	58
APÊNDICE C	68
APÊNDICE D	70
APÊNDICE E	75

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo natural e um fenômeno mundial que exige profundas adaptações sociais e jurídicas. Para fins de formulação de políticas públicas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como pessoa idosa o indivíduo com 65 anos ou mais em países desenvolvidos e 60 anos ou mais em países em desenvolvimento (Brasil, 2023). Em estrito alinhamento a essa diretriz, a legislação brasileira, por meio do Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003, atualizada pela Lei nº 14.423/2022), estabelece a idade igual ou superior a 60 anos para definir essa população, elevando o envelhecimento ao status de direito personalíssimo (Brasil, 2003; Brasil, 2023). Para assegurar e operacionalizar essas garantias, o arcabouço jurídico nacional conta com políticas de proteção fundamentais, com destaque para a Constituição Federal de 1988 (Art. 230) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI - Portaria nº 2.528/2006) (Brasil, 1988; Brasil, 2006). A PNSPI, em especial, rompe com o modelo curativo biomédico ao focar primordialmente na manutenção da capacidade funcional e na promoção do envelhecimento ativo como metas centrais do sistema de saúde (Brasil, 2006).

Esse fortalecimento das leis de proteção responde a uma transição demográfica acelerada, impulsionada pela contínua queda nas taxas de fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida global (Cortez *et al.*, 2019; Brasil, 2023). No Brasil, esse processo de envelhecimento ocorre em uma velocidade atípica e muito mais rápida quando comparada aos países europeus; dados recentes do Censo de 2022 demonstram que as pessoas com 60 anos ou mais já representam 15,8% da população, ultrapassando a marca de 32 milhões de indivíduos (IBGE, 2023). Inserido nesse contexto nacional, o município de Santos, no litoral do Estado de São Paulo, desponta de forma excepcional. Segundo os dados consolidados do Censo de 2022, a cidade abriga 418.608 habitantes, sendo que expressivos 25,3% de sua população compõe a faixa etária idosa, uma proporção significativamente superior às médias estadual e brasileira. Esse perfil demográfico local é fortemente marcado pelo fenômeno da feminização da velhice, com uma expressiva predominância de mulheres, especialmente nas faixas etárias acima dos 80 anos (Santos, 2025).

Diante da complexidade e da magnitude desse cenário demográfico, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume o papel estratégico de coordenadora do cuidado e principal porta de entrada do idoso no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018). Para que o paradigma do envelhecimento ativo saia do papel e se concretize no território, a PNSPI orienta a implementação da "Avaliação Multidimensional" na Atenção Básica, visando rastrear precocemente a fragilidade e intervir nos determinantes que causam a dependência (Brasil,

2006). Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes multiprofissionais utilizam instrumentos gerenciais, como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, para estratificar o risco da população adstrita e organizar linhas de cuidado antecipadas (Brasil, 2006; Brasil, 2018). É exatamente nesse nível de atenção que ganham força os programas de intervenções em grupo, que buscam prevenir agravos por meio do estímulo à prática de atividades físicas, mentais e do convívio comunitário da pessoa idosa (Brasil, 2006).

Para mensurar cientificamente se essas intervenções promovidas na Atenção Primária estão, de fato, refletindo em autonomia e bem-estar no cotidiano, a pesquisa gerontológica utiliza o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que deve ser avaliado de forma objetiva (Ruidiaz-Gómez; Cacante-Caballero, 2021). Para essa captação, destaca-se o uso do *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), um questionário amplamente validado na literatura internacional e adaptado para o Brasil (McHorney; Ware; Raczek, 1993). O SF-36 é um instrumento multidimensional composto por 36 itens que avaliam oito domínios vitais: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (McHorney; Ware; Raczek, 1993). A aplicação dessa ferramenta permite ultrapassar a barreira da subjetividade, fornecendo escores quantitativos precisos para avaliar o impacto real das doenças e das políticas de saúde na vida do idoso (Ruidiaz-Gómez; Cacante-Caballero, 2021).

Considerando essa necessidade urgente de monitoramento em saúde, o município de Santos/SP configura-se como um laboratório demográfico ímpar e uma "cidade modelo" para a avaliação do envelhecimento ativo (Oliveira, 2006). Historicamente denominada como a "Capital Nacional da Terceira Idade", a cidade atrai um intenso fluxo de aposentados em virtude da sua vocação para a qualidade de vida, favorecida por uma infraestrutura consolidada de serviços, além da extensa orla plana e jardins que funcionam como facilitadores urbanos para a autonomia física (Oliveira, 2009). Além dos atributos naturais, a rede de saúde santista possui a tradição de promover ações de cuidado intersetorial dentro de suas Policlínicas (UBS), alinhando-se aos princípios norteadores mundiais (Oliveira, 2009; Brasil, 2019). Contudo, a presença de contrastes territoriais acentuados, como as barreiras geográficas da região dos morros, faz de Santos o cenário perfeito para a aplicação do SF-36, permitindo investigar de forma aprofundada como o acesso à cidade, os determinantes sociais e a adesão aos programas das UBS influenciam o sucesso ou o declínio do envelhecimento local (Oliveira, 2009).

1.1 A transição demográfica e epidemiológica

A transição demográfica global, marcada pela redução sustentada das taxas de mortalidade em consonância com o declínio da natalidade, promove transformações profundas na estrutura etária das sociedades contemporâneas (Miranda; Mendes; Silva, 2016). No Brasil, este fenômeno manifesta-se em ritmo acelerado. Enquanto nações desenvolvidas, como a França, dispuseram de mais de um século para adaptar suas estruturas sociais às demandas da longevidade, a realidade nacional impõe essa reestruturação de maneira abrupta (WHO, 2015; Cortez et al., 2019). Essa mutação no perfil demográfico, intensificada a partir da segunda metade do século XX, marcou a passagem de uma população majoritariamente jovem e rural para um cenário de urbanização e longevidade expressiva. O aumento histórico na expectativa de vida demonstra melhorias significativas nas condições gerais de infraestrutura e saneamento, embora traga desafios severos para a gestão do cuidado em saúde pública (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

Outrossim, as variações demográficas mais agudas ocorrem nas idades extremas: enquanto há um estreitamento da base da pirâmide etária pelo declínio da população jovem, observa-se o alargamento do topo com o incremento continuado do contingente de idosos. Tal cenário altera drasticamente a Razão de Dependência dos Idosos (RDI), indicador que correlaciona a população idosa com aquela em idade considerada produtiva. As projeções apontam uma progressão geométrica para essa razão nas próximas décadas, gerando pressões financeiras e assistenciais sem precedentes sobre os sistemas de seguridade social. Diante disso, surge a urgência de respostas governamentais que superem o viés reativo e foquem na preservação da capacidade vital (Souza; Silva; Barros, 2021).

Simultaneamente, o país lida com uma complexa transição epidemiológica. O grande desafio estrutural, conforme apontado por Cortez et al. (2019), reside no fato de o Brasil estar envelhecendo precocemente, antes de atingir o desenvolvimento socioeconômico estabilizado visto nas experiências internacionais europeias. Sob esse prisma, o país enfrenta as demandas da longevidade em paralelo com desigualdades sociais persistentes, o que altera os perfis de adoecimento e morte. À medida que o peso das patologias infectocontagiosas recua, registra-se uma hegemonia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Afecções cardiovasculares, metabólicas, neoplasias e distúrbios osteomioarticulares tornaram-se predominantes, consumindo a maior parte dos recursos destinados à assistência pública à saúde (Cortez et al., 2019).

Nesse ecossistema de doenças crônicas, as projeções também evidenciam os contornos sociais e de gênero com a maior sobrevida de mulheres em relação aos homens. A convivência

prolongada com condições de multimorbidade pode comprometer a habilidade intrínseca do indivíduo para a gerência de sua vida cotidiana, demandando intervenções em saúde com olhar ampliado. Torna-se vital migrar de um modelo centrado na queixa-conduta e no atendimento ambulatorial esporádico para um desenho preventivo contínuo, capaz de frear a perda de funcionalidade antes que o quadro evolua para a dependência (Cortez et al., 2019; Souza; Silva; Barros, 2021).

A magnitude desse processo impõe, ainda, uma análise sobre a heterogeneidade interna do envelhecimento no país, que não ocorre de modo uniforme entre as macrorregiões. Enquanto os estados do Sul e Sudeste convivem com indicadores de transição avançada, as regiões Norte e Nordeste ainda carregam cargas residuais de agravos infecciosos tradicionais. Essa polarização epidemiológica gera uma "dupla carga de doenças", exigindo que o Sistema Único de Saúde responda concomitantemente a agendas de saúde distintas (Cortez et al., 2019; Miranda; Mendes; Silva, 2016). É dentro deste gradiente de transição avançada que o município litorâneo de Santos se destaca, funcionando como um indicador das dinâmicas populacionais que o restante do país vivenciará no futuro.

1.2 O Paradigma do Envelhecimento Ativo e a Qualidade de Vida

Frente aos desafios demográficos e epidemiológicos, evidencia-se que o ganho em anos de vida deve ser acompanhado pela preservação do bem-estar. Em resposta a essa necessidade, a Organização Mundial da Saúde consolidou o paradigma do "Envelhecimento Ativo", definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com vistas a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2015). A palavra "ativo" transcende a mera aptidão física ou o engajamento no mercado de trabalho formal; refere-se à inserção e papel social do idoso nas instâncias culturais, civis, econômicas e familiares (Souza; Silva; Barros, 2021). O envelhecimento deixa de ser compreendido como sinônimo absoluto de declínio irreversível, demandando estratégias estruturadas que deem suporte à autonomia e à independência funcional (Miranda; Mendes; Silva, 2016; Souza; Silva; Barros, 2021).

Para mensurar a eficácia de tais estratégias, é imperativo estabelecer o que constitui, de fato, a qualidade de vida. A OMS a define como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, contextualizada pela cultura e pelos sistemas de valores vigentes, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1994). Trata-se de um construto amplo e multidimensional, que afasta a visão reducionista focada unicamente em sintomas biológicos. Esse conceito engloba o estado psicológico, as crenças pessoais e as relações sociais com o

ambiente, sendo ancorado na avaliação subjetiva e no nível de satisfação geral (Ruidiaz-Gómez; Cacante-Caballero, 2021).

Um dos obstáculos mais severos para a consolidação desse bem-estar subjetivo é o etarismo, caracterizado pelo conjunto de preconceitos e discriminações estruturadas com base na idade cronológica. O idadismo reforça estereótipos que limitam o potencial do indivíduo e interferem diretamente na formulação de respostas governamentais efetivas (WHO, 2015). Desconstruir esse estigma é condição essencial para valorizar as contribuições sociais do idoso e consolidar o conceito de "Envelhecimento Saudável", que preconiza a criação de territórios comunitários mais inclusivos, acessíveis e acolhedores (WHO, 2015; Brasil, 2023).

Em suma, as ações de saúde pública precisam expandir-se para intervenções de nível ambiental que estimulem o engajamento contínuo e combatam as disparidades de acesso (Dogra et al., 2022). No espaço intraurbano, a atitude do idoso de se abrir para as oportunidades externas e se apropriar dos espaços públicos como áreas de permanência confere uma identidade ativa à própria velhice (Oliveira, 2006). A literatura gerontológica demonstra que a autopercepção positiva de saúde constitui um preditor independente de menor taxa de hospitalização e mortalidade, associando-se diretamente à resiliência psicológica ao longo do curso de vida (Ruidiaz-Gómez; Cacante-Caballero, 2021; Souza; Silva; Barros, 2021). O suporte oferecido na Atenção Primária, por meio de programas comunitários e coletivos, representa o principal elo para o desenvolvimento dessa resiliência em contextos de vulnerabilidade (WHO, 2015).

1.3 A Atenção Primária como Território de Promoção

Para que as diretrizes do envelhecimento ativo se materializem, a Atenção Primária à Saúde (APS) consolida-se como o pilar estratégico de organização da rede pública. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB atua como a porta de entrada preferencial e a coordenadora do cuidado no SUS, sendo estruturada para intervir de forma descentralizada e territorializada diretamente sobre os determinantes sociais da saúde (Brasil, 2017). Por sua capilaridade e proximidade com o cotidiano das famílias, as Unidades Básicas de Saúde configuram-se como o cenário ideal para o desenvolvimento de ações preventivas de educação e de grupos operativos, mitigando as complicações de agravos crônicos (Miranda; Mendes; Silva, 2016; Souza; Silva; Barros, 2021).

O princípio da territorialização e a adstrição de clientela garantem que as equipes conheçam as vulnerabilidades específicas de cada vizinhança. Para a população idosa com restrições de locomoção, essa proximidade garante a continuidade assistencial no próprio

bairro, estendendo-se às visitas domiciliares sistemáticas. Esse arranjo permite romper com o modelo centrado em procedimentos curativos isolados e consolida uma abordagem integral e biopsicossocial (Brasil, 2017). No nível local, as práticas intersetoriais fazem com que as ações extrapolem as paredes das unidades, integrando-se a espaços comunitários de sociabilidade, como os Centros de Convivência (CECONs) e as áreas de lazer públicas, essenciais para romper o ciclo de isolamento social (Santos, 2021; Oliveira, 2006).

A busca pela integralidade na velhice exige, contudo, que as ações em saúde evitem a fragmentação assistencial, o que pode induzir a práticas iatrogênicas decorrentes de excessos terapêuticos ou exames desnecessários (Brasil, 2014). A operacionalização dessa rede articulada ocorre por meio do estabelecimento de "Linhas de Cuidado", que guiam o fluxo do paciente entre os diferentes níveis de complexidade do sistema (como ambulatórios especializados ou serviços de reabilitação), mantendo a UBS como o centro ordenador do processo de referência e contrarreferência (Brasil, 2014; Brasil, 2017).

Nesse fluxo gerencial, a aplicação sistemática da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na rotina da equipe multiprofissional permite documentar as variações da autonomia e estratificar o risco clínico-funcional da população adstrita (Romero; Castanheira, 2020). Mais do que um registro administrativo, a Caderneta atua como mecanismo de educação em saúde e empoderamento para o autocuidado, subsidiando o planejamento local a partir do real contexto de vida do idoso (Brasil, 2018; Romero; Castanheira, 2020).

1.4 Santos/SP: O Recorte Espacial, Social e o Cenário do Envelhecimento

Situado no litoral do Estado de São Paulo, o município de Santos abriga o maior porto da América Latina e configura-se como um indicador avançado das tendências populacionais nacionais (Oliveira, 2006). A escolha deste recorte espacial fundamenta-se no amadurecimento precoce de sua estrutura etária, antecipando uma realidade demográfica que a maioria das cidades brasileiras só vivenciará em médio prazo. Conforme os indicadores consolidados recentes, a elevada concentração de pessoas idosas na cidade atua como um espelho para os desafios logísticos, urbanísticos e sanitários decorrentes do aumento expressivo da longevidade (Santos, 2025).

Esse perfil avançado traz consigo o fenômeno da feminização da velhice, com uma expressiva diferença quantitativa a favor das mulheres, caracterizada por uma alta prevalência de viúvas que residem sozinhas e lutam para preservar sua autonomia social (Santos, 2025; Oliveira, 2006). Geograficamente, a área insular apresenta um desenho urbano peculiar: sua extensa topografia plana e calçadas largas funcionam como facilitadores para o deslocamento

físico diário (Oliveira, 2009). Nesse contexto, a orla marítima e seus extensos jardins contínuos assumem uma função que ultrapassa o paisagismo, consolidando-se como equipamentos de saúde coletiva que dão suporte físico e logístico aos grupos operativos coordenados pela rede de Policlínicas (Santos, 2021).

Para gerenciar essa demanda, a Secretaria Municipal de Saúde divide o território em distritos sanitários específicos, uma vez que as condições socioeconômicas e geográficas para o envelhecer variam drasticamente dentro da própria cidade. Enquanto as macroáreas da Orla dispõem de facilidades de acesso urbanístico e lazer, as regiões de Morros impõem barreiras físicas de locomoção devido aos declives acentuados (Oliveira, 2006; Santos, 2025). Diante dessa heterogeneidade intraurbana, a rede de Atenção Primária utiliza as denominadas "tecnologias leves" de cuidado, baseadas no acolhimento e na construção de vínculos afetivos, para desenhar intervenções sob medida (Merhy, 1998; Jesus; Assis, 2010). No cotidiano das unidades, programas comunitários como o "Movimente-se com a Música e a Dança", o "Viva Leve" e o "Pelotão da Saúde" buscam contrariar o sedentarismo e estimular a reinserção social de forma capilar (Santos, 2021).

Por fim, nesse arranjo territorial, a Policlínica assume o papel de ordenadora e mediadora entre as demandas clínicas e as práticas de sociabilidade comunitária (Brasil, 2017). Essa articulação garante a longitudinalidade das ações preventivas, assegurando que as estratégias institucionais resultem em impacto real na qualidade de vida coletiva (Santos, 2021). Sob essa perspectiva, embora o município disponha de uma rede assistencial consolidada, subsistem lacunas científicas quanto à mensuração direta do impacto dessas intervenções na percepção subjetiva do usuário. Muitas vezes, o monitoramento limita-se aos registros de frequência e adesão, sem mensurar a variação multidimensional da qualidade de vida relacionada à saúde nos domínios físico, social e mental.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Marco Jurídico-Político e a Proteção Social

A base legal para a proteção da população idosa no Brasil encontra seu fundamento no Artigo 230 da Constituição Federal de 1988, que estabelece a corresponsabilidade entre família, sociedade e Estado no amparo aos cidadãos em idade avançada, priorizando o convívio no lar e a garantia da dignidade (Brasil, 1988). Essa diretriz constitucional é operacionalizada pelo Estatuto da Pessoa Idosa, que eleva o envelhecimento ao status de direito personalíssimo e social, assegurando prioridade absoluta na efetivação de garantias fundamentais. No campo da saúde pública, esse arcabouço é complementado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que redefine o conceito de saúde para esse grupo, deslocando o foco da simples ausência de doença para a manutenção da capacidade funcional (Brasil, 2006).

O arcabouço jurídico determina que a atenção à saúde da população idosa deve ser integral e garantida por intermédio do SUS, assegurando o acesso universal e igualitário a ações articuladas de prevenção, promoção, proteção e recuperação. Para materializar essa premissa, a legislação prevê o atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatorios, a criação de unidades de referência especializadas e, fundamentalmente, a oferta de assistência domiciliar àqueles impossibilitados de se locomover. Um avanço fundamental desse desenho normativo é o detalhamento da prioridade especial voltada à chamada Quarta Idade, que garante aos maiores de 80 anos preferência absoluta sobre os demais idosos (Brasil, 2003). Essa diferenciação legal exige que os serviços públicos estejam preparados para acolher as intensas vulnerabilidades físicas e cognitivas dessa faixa etária, que representa o segmento de crescimento mais expressivo no cenário municipal (Santos, 2025).

Para operacionalizar essas diretrizes, a PNSPI obriga o SUS a implementar, sobretudo na Atenção Básica, a denominada Avaliação Multidimensional. Esse instrumento gerencial e clínico transcende o modelo biomédico tradicional ao exigir que as equipes de saúde rastreiem de forma interdependente as dimensões físicas, mentais, sociais e ambientais que impactam a independência do indivíduo (Brasil, 2006). A partir do uso de ferramentas como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, torna-se possível estratificar o risco e a fragilidade da população adstrita (Romero; Castanheira, 2020). Com esse suporte, o sistema de saúde deixa de atuar de forma fragmentada ou reativa e passa a organizar fluxos e linhas de cuidado antecipadas, focadas em preservar a autonomia e intervir precocemente nos fatores que originam a dependência (Brasil, 2006).

Contudo, uma análise crítica desse cenário revela um descompasso estrutural: embora a legislação nacional seja reconhecidamente avançada, a sua efetivação na prática cotidiana

ainda se mostra insatisfatória. Em municípios com dinâmicas demográficas aceleradas e alto índice de envelhecimento, o grande desafio da gestão pública não reside na formulação de marcos regulatórios, mas sim na capacidade de transformar artigos normativos em programas práticos, intersetoriais e resolutivos dentro das Unidades Básicas de Saúde (Oliveira, 2006; Brasil, 2006). O alcance do envelhecimento ativo depende de uma responsabilidade governamental integrada que articule a saúde com outros setores como esporte, cultura e assistência social, garantindo que o cuidado delineado nas diretrizes federais seja, de fato, experimentado pelo idoso no seu território de residência (Brasil, 2017).

2.2 Saúde Funcional, Senescência e o Paradigma da Fragilidade

Para que as estratégias de promoção da saúde sejam eficazes, é fundamental entender o envelhecimento como um processo biológico multidimensional, diferenciando claramente a senescência da senilidade. A senescência abrange as mudanças fisiológicas graduais e universais que ocorrem com o tempo, ao passo que a senilidade diz respeito a condições patológicas que, embora comuns, não fazem parte do envelhecimento saudável (Brasil, 2006). Nesse contexto, a saúde na velhice é determinada principalmente pela Capacidade Funcional, que se expressa por meio do equilíbrio dinâmico entre autonomia, a capacidade de decisão, e independência, que reflete a habilidade física de execução (WHO, 2015).

A instalação da fragilidade, entendida na literatura como um estado de alta vulnerabilidade a fatores estressores, representa uma ameaça frequente à preservação dessa capacidade. Esse estado é resultado de uma reserva fisiológica reduzida e do declínio progressivo de diversos sistemas corporais. Os programas comunitários oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde desempenham um papel profilático essencial para evitar esse declínio. A participação constante em ações multicomponentes no território, englobando atividades físicas, exercícios de fortalecimento e práticas de socialização, surge como a principal estratégia para impedir que os idosos entrem no ciclo de fragilidade, prevenindo problemas graves como a sarcopenia, o risco de quedas e a dependência precoce de cuidados de terceiros (WHO, 2015).

A avaliação gerontológica classifica as habilidades de uma pessoa em duas categorias principais: as Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) (Brasil, 2006). As AVDs incluem as tarefas essenciais de sobrevivência e autocuidado restritas ao ambiente doméstico, como comer, tomar banho, vestir-se e usar o banheiro. Em contrapartida, as AIVDs compreendem ações mais complexas que viabilizam a vida independente na sociedade, como gerenciar o próprio dinheiro, controlar a medicação e

utilizar redes de transporte público (WHO, 2015). Em cenários urbanos complexos, a preservação das AIVDs assume relevância prática acrescida, assegurando que os idosos possam superar barreiras geográficas, vencer distâncias e usufruir dos equipamentos de lazer da cidade, permanecendo integrados ao cotidiano social (Oliveira, 2006).

A gerontologia utiliza instrumentos de rastreio validados para converter essa funcionalidade em dados clínicos passíveis de monitoramento pelas equipes de saúde. O Índice de Katz se concentra na hierarquia das funções biológicas básicas, categorizando a independência para o autocuidado. Simultaneamente, a Escala de Lawton e Brody analisa a adaptação do indivíduo ao ambiente social, mostrando-se altamente eficaz na identificação dos primeiros indícios de declínio cognitivo ou físico que dificultam a execução de tarefas instrumentais. O uso consistente dessas escalas possibilita o reconhecimento antecipado dos idosos em risco de declínio, direcionando-os para intervenções coletivas antes que a perda funcional se torne irreversível (Moraes, 2012).

A literatura científica emprega o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) para avaliar de maneira objetiva essa percepção no âmbito clínico e acadêmico. Ao contrário da qualidade de vida entendida de forma ampla e filosófica, a QVRS concentra-se especificamente no efeito que a condição física, as doenças crônicas ou as intervenções de saúde têm no bem-estar cotidiano e prático do indivíduo (Ruidiaz-Gómez; Cacante-Caballero, 2021). Trata-se de um conceito com características subjetivas, temporais e multidimensionais, avaliado de forma consolidada por meio do questionário *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36). Esse instrumento atua como uma ferramenta estruturada capaz de mensurar com precisão psicométrica os construtos de saúde física e mental (McHorney; Ware; Raczek, 1993).

A importância do SF-36 é ratificada por sua ampla validação internacional e por sua tradução e adaptação cultural para o cenário brasileiro, procedimento que garantiu a preservação das propriedades originais, ajustando-as às particularidades linguísticas e sociais do país (Ciconelli et al., 1999). Como resultado, a ferramenta estabelece a conexão ideal entre a teoria da gerontologia e a prática fundamentada em evidências, permitindo avaliar cientificamente o impacto de grupos operativos na redução de barreiras territoriais e no fomento da autonomia (Ruidiaz-Gómez; Cacante-Caballero, 2021).

Sob as diretrizes da saúde coletiva, esse modelo reconhece que o envelhecimento bem-sucedido não é medido pela utópica ausência de comorbidades crônicas, mas sim pela capacidade contínua do indivíduo de gerir sua própria vida com independência e manter sua inclusão comunitária (Souza; Silva; Barros, 2021).

2.3 Determinantes Sociais, Qualidade de Vida e o Território

A Qualidade de Vida (QV) na velhice reflete diretamente os determinantes sociais da saúde e o nível de acesso ao espaço urbano. O envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, moldado por variáveis como renda, escolaridade, gênero e raça (Souza; Vilione; Soares, 2017; Brasil, 2023). No Brasil, a baixa escolaridade e as restrições econômicas associam-se a maiores taxas de morbidade e limitação funcional, afetando severamente as mulheres e a população negra (Brasil, 2023).

O território exerce papel estruturante nesse processo. As localizações urbanas não são neutras: elas classificam as pessoas, definem as oportunidades de sociabilidade e delimitam o exercício da cidadania (Santos, 2014). Para intervir nessa realidade, a Atenção Básica adota a "clínica ampliada", modelo que desloca o foco da doença para compreender o indivíduo em seu contexto de vida (Campos e Amaral, 2007). Assim, o bairro torna-se o cenário principal onde a autonomia do idoso é estimulada ou cerceada.

Para embasar essa relação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o conceito de “Cidades e Comunidades Amigas do Idoso”, que preconiza a estruturação urbana em oito dimensões interdependentes: espaços ao ar livre e edifícios; transporte; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; e apoio comunitário e serviços de saúde (WHO, 2015; Dogra et al., 2022). A adequação a esses eixos garante que as vulnerabilidades da senescência sejam compensadas por um território acolhedor.

O cenário de Santos/SP expõe claramente essa dinâmica. A região da Orla, com topografia plana e calçadas amplas, atua como facilitador natural da mobilidade e do lazer (Oliveira, 2006). Em contrapartida, as áreas de Morros impõem barreiras geográficas severas devido aos declives acentuados, o que dificulta o deslocamento até a UBS e favorece o isolamento social (Santos, 2025).

Para promover a equidade, a rede de saúde local utiliza a intersetorialidade, articulando práticas clínicas ao lazer e à cultura (Buss, 2000). Na vertente de participação cívica e inclusão, destaca-se o programa "Vovô Sabe Tudo", que adota uma abordagem intergeracional ao remunerar idosos para transmitirem seus ofícios aos jovens (Oliveira, 2009). No âmbito da moradia e sociabilidade, as Repúblicas de Idosos e os Centros de Convivência (CECONs) promovem a autonomia e combatem o isolamento (Oliveira, 2006).

Finalmente, é válido salientar que a rede de Atenção Primária executa iniciativas como "Movimente-se com a Música e a Dança", "Pelotão da Saúde" e "Viva Leve" (Santos, 2021). A

abordagem desses grupos desafia o paradigma biomédico ao empregar praças e jardins da orla para conduzir reabilitação funcional ao ar livre. Dessa forma, a rede de saúde de Santos assume papel estratégico na construção de uma “cidade que cuida”, favorecendo a manutenção da autonomia e a melhoria das condições de vida da população idosa, ainda que persistam desigualdades territoriais que influenciam esse processo (Oliveira, 2006; Brasil, 2017). Essas ações na Atenção Primária buscam mitigar as disparidades socioespaciais, justificando a análise empírica deste estudo sobre o impacto dos programas na qualidade de vida dos participantes.

3. OBJETIVO

3.1 Geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo nas Unidades Básicas de Saúde de Santos/SP.

3.2 Específicos

- Descrever os níveis de qualidade de vida relacionados à saúde das pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo, com base nos domínios avaliados pelo SF-36.
- Comparar as diferenças nos escores de qualidade de vida relacionada à saúde entre participantes dos programas de envelhecimento ativo vinculados a diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Santos/SP.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e transversal (seccional) que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo em três das Unidades Básicas de Saúde de Santos/SP. De acordo com os fundamentos metodológicos, o delineamento descritivo permite determinar a distribuição dessas condições de saúde segundo as características específicas dessa população, permitindo descrever o perfil dos idosos e a distribuição dessas condições de saúde no contexto analisado.

Adicionalmente, por se tratar de um estudo transversal, a coleta de dados e a avaliação dos indicadores (exposição e desfecho) ocorrem simultaneamente. Embora esse modelo metodológico possua limitações para estabelecer relações diretas de causa e efeito, uma vez que não permite verificar temporalmente se a exposição antecede ou é consequência da condição de saúde analisada, ele é considerado altamente adequado para identificar características passíveis de intervenção (Lima-Costa; Barreto, 2003). Dessa forma, a abordagem quantitativa e transversal escolhida mostra-se a mais eficaz para fornecer dados robustos que subsidiem diretamente o aprimoramento das políticas e dos serviços de atenção à saúde do idoso nas UBS.

O caráter descritivo do estudo implica a ausência de hipóteses de causalidade a serem testadas, orientando a análise para a caracterização fidedigna da distribuição dos fenômenos de interesse na população estudada. Esse posicionamento epistemológico é coerente com o estágio atual de produção de conhecimento sobre os programas de envelhecimento ativo nas UBS de Santos/SP, para os quais não existem estudos anteriores com instrumentos padronizados que possam servir de referência comparativa local, tornando a descrição densa e sistematizada um passo metodológico indispensável e com relevância científica própria (Lima-Costa; Barreto, 2003; Souza; Silva; Barros, 2021).

4.2 Local do estudo

A seleção das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a composição da amostra não ocorreu de forma aleatória, mas por meio de um critério de representatividade socioterritorial estratégica. O objetivo foi contemplar unidades que funcionassem como modelos das distintas realidades socioeconômicas e geográficas que coexistem no município de Santos/SP, permitindo uma análise comparativa robusta entre diferentes perfis de envelhecimento.

Dessa forma, o recorte foi estruturado a partir da tríade Orla, Região Intermediária e Área Residencial Densa, conforme detalhado a seguir:

- Policlínica da Ponta da Praia (Eixo Orla/IDH Elevado): Localizada na Praça Primeiro de Maio, S/N - Ponta da Praia, Santos - SP, 11035-040 (horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 19:00), esta unidade gerencia o cuidado de aproximadamente 26.400 usuários cadastrados. Representa o extrato populacional de maior poder aquisitivo e escolaridade do município. Geograficamente, caracteriza-se por uma infraestrutura urbana consolidada, topografia estritamente plana e proximidade imediata aos jardins da orla, fatores que, teoricamente, facilitam a adesão ao envelhecimento ativo e à mobilidade urbana.

- Policlínica Vila Mathias (Eixo Central/Fluxo de Transição): Localizada na Rua Xavier Pinheiro, 284 - Encruzilhada, Santos - SP, 11015-090 (horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 17:00), possui cerca de 11.300 usuários cadastrados. Esta unidade foi selecionada por sua localização estratégica em uma região de intenso fluxo comercial e histórico, próxima ao centro expandido. Representa uma zona de transição demográfica e urbana, onde os idosos convivem com os desafios da verticalização acelerada e do trânsito intenso, servindo como parâmetro para o envelhecimento em áreas de alta circulação metropolitana.

- Policlínica Campo Grande (Eixo Residencial/Equilíbrio Amostral): Localizada na Rua Carvalho de Mendonça, 607 - Campo Grande, Santos - SP, 11070-101 (horário de funcionamento das 07:00 às 17:00), é a maior unidade do recorte, atendendo aproximadamente 38.000 usuários cadastrados. Sua escolha justifica-se por atender uma área residencial de alta densidade e perfil socioeconômico diversificado (classe média e média-baixa). Atua, portanto, como o "ponto de equilíbrio" do estudo, permitindo observar o impacto dos programas de saúde em um território que mescla características das áreas de orla com os desafios das zonas mais centrais.

Esta composição amostral triádica, embora deliberadamente delimitada, oferece uma visão panorâmica e fidedigna das variações do envelhecer na cidade. A justificativa ancora-se no pressuposto de que o território não é apenas um pano de fundo, mas um determinante social que influencia diretamente as oportunidades de lazer, a percepção de segurança e o acesso físico aos serviços de saúde (Lima-Costa; Barreto, 2003).

A distribuição espacial dessas unidades, evidenciando a cobertura de diferentes distritos sanitários, pode ser visualizada na Figura 1.



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com base em dados da Secretaria Municipal de Saúde de Santos e plataforma Google My Maps.

Nota: O polígono amarelo indica a Policlínica Ponta da Praia; o polígono verde indica a Policlínica Vila Mathias; o polígono azul indica a Policlínica Campo Grande. As áreas em cinza representam os demais distritos sanitários do município.

Figura 1- Espacialização e área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo. Santos/SP, 2026.

4.3 População e Amostra

O tamanho amostral foi estimado com base na população de pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo das Unidades Básicas de Saúde selecionadas, considerando nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. Inicialmente, aplicou-se a fórmula para populações infinitas, utilizando proporção estimada de 50% ($p=0,50$) – valor adotado quando não há conhecimento prévio da prevalência do fenômeno investigado. A partir desses parâmetros, obteve-se um tamanho amostral inicial de 384 participantes. Entretanto, considerando que a população referência do estudo não corresponde ao total de usuários cadastrados nas três Unidades Básicas de Saúde, mas sim ao número de pessoas idosas efetivamente matriculadas e participantes regulares dos grupos de envelhecimento ativo, tornou-se necessária a aplicação da correção para população finita. Utilizando um universo

estimado de aproximadamente 56 participantes regulares nos grupos, o cálculo ajustado resultou em uma amostra de 49 indivíduos. Posteriormente, acrescentou-se uma margem de segurança de aproximadamente 5% para compensar possíveis perdas ou recusas, totalizando 51 participantes. Dessa forma, o dimensionamento da amostra mostrou-se compatível com o universo investigado e metodologicamente coerente com os objetivos da pesquisa.

A população alvo compreende pessoas com 60 anos ou mais, regularmente acompanhadas nas três unidades selecionadas e participantes ativos dos programas de promoção da saúde. A seleção dos participantes foi realizada por conveniência entre os idosos presentes nos grupos no momento da coleta de dados.

Os critérios de inclusão, para compor a amostra de forma segura e metodologicamente viável, foram:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Possuir participação regular nos programas de envelhecimento ativo oferecidos pelas UBS selecionadas;
- Apresentar capacidade cognitiva preservada e suficiente para compreender e responder ao questionário SF-36;
- Aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Por outro lado, adotaram-se os seguintes critérios de exclusão:

- Idosos com transtornos mentais graves previamente diagnosticados que impeçam a compreensão e participação na pesquisa;
- Indivíduos com limitações físicas severas que impossibilitem o preenchimento do questionário, mesmo com o auxílio do pesquisador;
- Idosos que, no momento da aplicação do questionário, apresentem dificuldades agudas de comunicação que comprometam a confiabilidade da coleta de dados;
- Participantes que se recusarem a assinar o TCLE.

4.4 Instrumento de Coleta: O SF-36

O instrumento principal de coleta de dados foi o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), instrumento originalmente desenvolvido e validado na literatura internacional (McHorney; Ware; Raczek, 1993) e validado para a língua portuguesa por Ciconelli et al. (1999). O questionário é multidimensional e formado por 36 itens que avaliam oito domínios: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral

de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Considerando as características da população investigada, o instrumento foi aplicado de forma assistida por pesquisador treinado, que realizou a leitura dos itens e o registro das respostas, assegurando a compreensão adequada das questões pelos participantes.

A pontuação de cada domínio varia de 0 a 100, onde zero corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor estado de saúde. Os dados foram analisados por meio do cálculo dos escores brutos, transformados em uma escala de 0 a 100 conforme o algoritmo oficial do instrumento. Adicionalmente, foi aplicado um questionário sociodemográfico elaborado pelo pesquisador para caracterização da amostra (idade, gênero, estado civil, raça, escolaridade, situação laboral, renda, número de dependentes, moradia, número de moradores, número de cômodos, plano de saúde e frequência de uso da UBS). O levantamento minucioso dessas variáveis é metodologicamente fundamental para o estudo, pois permitiu a caracterização da amostra e a contextualização dos escores de qualidade de vida com os determinantes sociais em saúde enfrentados pelos idosos em seus respectivos territórios.

4.5 Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados foi realizada nas três UBS de Santos/SP, previamente selecionadas. Foram utilizados questionários aplicados presencialmente às pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo. A aplicação ocorreu em ambiente reservado nas UBS, garantindo conforto e privacidade para os participantes. O preenchimento do questionário foi acompanhado por um pesquisador treinado, que estava disponível para esclarecer dúvidas e garantir a consistência das respostas.

Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos e métodos da pesquisa e, após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados coletados foram organizados e tabulados em uma planilha eletrônica e analisados utilizando softwares estatísticos, como SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva, que incluiu frequências, médias e desvios padrão. Para a comparação dos escores de qualidade de vida entre as Unidades Básicas de Saúde, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, considerando nível de significância de 5%. Nos domínios em que foram identificadas diferenças estatisticamente significativas, foi aplicado teste post-hoc de comparações múltiplas (DMS de Fisher) para identificação dos pares de unidades com diferença significativa.

4.6 Diretrizes de Integridade Científica e Uso de Inteligência Artificial

Como recurso de suporte metodológico para a elaboração e estruturação da revisão de literatura desta dissertação, adotou-se o uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA) generativa, pautando-se pelos princípios de transparência e integridade científica.

Para tanto, utilizou-se a plataforma NotebookLM (GOOGLE, 2026b) como assistente de leitura e síntese, viabilizando o fichamento sistemático, o cruzamento de dados e a identificação de convergências teóricas entre os artigos científicos previamente selecionados e inseridos na base de dados privada da ferramenta. Adicionalmente, empregou-se o modelo de linguagem Gemini (GOOGLE, 2026a) para auxiliar na estruturação lógica dos tópicos e no aprimoramento da coesão e coerência textual dos textos de apoio produzidos durante a fase de revisão de literatura.

Salienta-se que o uso de tais tecnologias limitou-se ao processamento técnico e à organização estrutural dos textos de apoio, sendo toda a coleta de dados de campo, a análise estatística no software SPSS, a interpretação crítica dos resultados e a redação final do manuscrito de autoria e responsabilidade exclusivas do pesquisador.

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa respeitou todos os princípios éticos e legais, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora os referenciais da bioética, respeitando os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O estudo pautou-se pelo respeito à dignidade humana e pela rigorosa ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se com a maximização dos benefícios e a prevenção e mitigação de quaisquer danos aos envolvidos.

Os participantes receberam informações claras e pormenorizadas, em linguagem acessível à sua cultura e faixa etária, sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, a forma de assistência, bem como sobre os possíveis desconfortos, riscos e benefícios previstos. A concordância em participar foi documentada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi elaborado em duas vias (todas rubricadas e assinadas), sendo uma delas obrigatoriamente entregue ao participante para sua guarda.

Ficou assegurada a plena liberdade do participante de recusar-se a ingressar no estudo ou de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de justificativa e sem que isso acarretasse qualquer penalização ou prejuízo aos seus cuidados na Unidade Básica de Saúde. Adicionalmente, o TCLE explicita as garantias do direito irrenunciável à

assistência integral e à indenização em caso de eventuais danos decorrentes direta ou indiretamente do estudo.

A confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem dos participantes foram rigorosamente garantidas, evitando qualquer tipo de estigmatização. Os dados coletados serão mantidos em arquivo sob a guarda do pesquisador por cinco anos após o término do estudo e utilizados exclusivamente para as finalidades científicas previstas no protocolo aprovado. Por fim, ressalta-se que o projeto foi devidamente submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, a Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), sob o Parecer nº 7.473.251, e da instituição coparticipante, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SMS), sob o Parecer nº 7.586.016.

5. RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 51 pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo das Unidades Básicas de Saúde analisadas. A distribuição etária concentrou-se predominantemente na faixa entre 70 e 79 anos (47,1%), seguida pelos participantes com idade entre 60 e 69 anos (35,3%). Idosos entre 80 e 89 anos representaram 11,8% da amostra, enquanto aqueles com 90 anos ou mais corresponderam a 5,9%, conforme apresentado na Tabela 1.

Quanto ao perfil de gênero, observou-se predominância feminina, com 46 participantes (90,2%), enquanto os homens representaram 9,8% da amostra. Em relação ao estado civil, verificou-se maior proporção de indivíduos viúvos (41,2%), seguidos por casados (27,5%), divorciados (21,6%) e solteiros (9,8%) (Tabela 1).

No que se refere à raça/cor autodeclarada, a maioria dos participantes declarou-se branca (62,7%), seguida por pardos (27,5%), amarelos (5,9%) e pretos (3,9%). Não houve registro de participantes autodeclarados indígenas (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes dos grupos de envelhecimento ativo das Unidades Básicas de Saúde do Campo Grande, Vila Mathias e Ponta da Praia, Santos/SP, 2025 (n=51).

Variável	Categoria	N (%)
Idade	60–69 anos	18 (35,3)
	70–79 anos	24 (47,1)
	80–89 anos	6 (11,8)
	≥90 anos	3 (5,9)
Gênero	Feminino	46 (90,2)
	Masculino	5 (9,8)
Estado civil	Solteiro	5 (9,8)
	Casado	14 (27,5)
	Divorciado	11 (21,6)
	Viúvo	21 (41,2)
Raça/Cor	Branco	32 (62,7)
	Preto	2 (3,9)
	Pardo	14 (27,5)
	Amarelo	3 (5,9)

Escolaridade	Sem instrução	3 (5,9)
	Fundamental incompleto	19 (37,3)
	Fundamental completo	7 (13,7)
	Médio incompleto	1 (2,0)
	Médio completo	10 (19,6)
	Superior incompleto	4 (7,8)
	Superior completo	7 (13,7)
Situação laboral	Está trabalhando	10 (19,6)
	Não está trabalhando	41 (80,4)
Renda familiar	< 1 salário-mínimo	1 (2,0)
	1–2 salários-mínimos	31 (60,8)
	2–3 salários-mínimos	8 (15,7)
	> 3 salários-mínimos	11 (21,6)
Pessoas de dependentes (incluindo o entrevistado)	1 pessoa	29 (56,9)
	2 pessoas	14 (27,5)
	3 pessoas	5 (9,8)
	4 ou mais pessoas	3 (5,9)
Moradia	Casa própria	39 (76,5)
	Casa alugada	10 (19,6)
	Casa cedida	2 (3,9)
Número de moradores	Sozinho	8 (15,7)
	1 pessoa	18 (35,3)
	2 pessoas	10 (19,6)
	3 pessoas	10 (19,6)
	4 ou mais pessoas	5 (9,8)
Número de cômodos	Até 3 cômodos	15 (29,4)
	4–5 cômodos	22 (43,1)
	≥6 cômodos	14 (27,5)
Plano de saúde	Possui	21 (41,2)
	Não possui	30 (58,8)
Frequência de uso da UBS	Semanal	25 (49,0)
	Quinzenal	3 (5,9)
	Mensal	5 (9,8)
	Apenas quando necessário	18 (35,3)

A análise da Tabela 1 revela um perfil socioeconômico com predominância de renda entre um e dois salários-mínimos (60,8%). Contudo, a expressiva taxa de residência em imóvel próprio (76,5%) e a alta frequência de utilização semanal das unidades (49,0%) sugerem um forte vínculo territorial e uma estabilidade domiciliar que favorece a continuidade das ações de promoção à saúde e a adesão aos programas de envelhecimento ativo nas Policlínicas analisadas.

A escolaridade dos participantes apresentou variação entre os diferentes níveis educacionais. Observou-se maior proporção de indivíduos com ensino fundamental incompleto (37,3%). Além disso, 7 participantes (13,7%) possuíam ensino fundamental completo, 1 (2,0%) ensino médio incompleto, 10 (19,6%) ensino médio completo, 4 (7,8%) ensino superior incompleto e 7 (13,7%) ensino superior completo. Três participantes (5,9%) relataram não possuir instrução formal (Tabela 1).

Em relação à situação laboral, a maioria dos participantes não estava trabalhando no momento da coleta de dados (80,4%), enquanto 10 (19,6%) relataram exercer alguma atividade laboral. Quanto à renda familiar, observou-se predominância de rendimentos entre um e dois salários-mínimos (60,8%). Além disso, 11 participantes (21,6%) relataram renda superior a três salários-mínimos, 8 (15,7%) entre dois e três salários-mínimos e 1 participante (2,0%) renda inferior a um salário-mínimo (Tabela 1).

No que diz respeito ao número de pessoas vinculadas à renda familiar, 29 participantes (56,9%) relataram que apenas eles próprios dependem da renda familiar, sem outros dependentes vinculados ao domicílio, 14 (27,5%) dois dependentes, 5 (9,8%) três dependentes e 3 (5,9%) quatro ou mais. Em relação às condições de moradia, a maioria dos participantes residia em imóvel próprio (76,5%), enquanto 10 (19,6%) viviam em imóveis alugados e 2 (3,9%) em habitações cedidas (Tabela 1).

Quanto ao arranjo domiciliar, 8 participantes (15,7%) relataram morar sozinhos. Entre aqueles que residiam com outras pessoas, 18 (35,3%) viviam com uma pessoa, 10 (19,6%) com duas pessoas, 10 (19,6%) com três pessoas e 5 (9,8%) com quatro ou mais moradores. No que se refere à estrutura das residências, 22 participantes (43,1%) residiam em domicílios com quatro a cinco cômodos, 15 (29,4%) em residências com até três cômodos e 14 (27,5%) em casas com seis ou mais cômodos (Tabela 1).

Quanto ao acesso à assistência suplementar em saúde, 30 participantes (58,8%) relataram não possuir plano de saúde privado, enquanto 21 (41,2%) declararam possuir esse tipo de cobertura (Tabela 1).

Por fim, em relação à frequência de utilização das Unidades Básicas de Saúde, observou-se que 25 participantes (49,0%) relataram utilizar a UBS semanalmente, 3 (5,9%) quinzenalmente e 5 (9,8%) mensalmente. Além disso, 18 participantes (35,3%) informaram utilizar a unidade apenas quando necessário (Tabela 1).

Tabela 2 - Estatísticas descritivas dos domínios de qualidade de vida avaliados pelo questionário SF-36 em pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo. Santos/SP, 2025 (n=51).

Domínio (SF-36)	Mediana	Média ± dp*	Min–Max
Capacidade funcional	70	70,29± 24,32	5,00 – 100,00
Limitação por aspectos físicos	100	80,39± 34,75	0,00 – 100,00
Dor	72	69,20± 23,67	10,00– 100,00
Estado geral de saúde	67	64,43± 15,87	22,00 – 92,00
Vitalidade	75	69,61± 23,08	15,00 – 100,00
Aspectos sociais	100	82,11± 24,40	12,50 – 100,00
Limitação por aspectos emocionais	100	72,55± 38,70	0,00 – 100,00
Saúde mental	88	78,27± 19,84	24,00 – 100,00

Nota: *desvio padrão

A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas dos domínios de qualidade de vida avaliados pelo questionário SF-36 entre as pessoas idosas participantes do estudo. Todos os participantes apresentaram respostas válidas para os oito domínios analisados (n=51).

A análise da Tabela 2 revela que os maiores escores médios observados concentraram-se nos domínios Aspectos Sociais (82,11; dp=24,40), Limitação por Aspectos Físicos (80,39; dp=34,75) e Saúde Mental (78,27; dp=19,84). Esses resultados indicam níveis mais elevados de percepção de qualidade de vida nessas dimensões entre os participantes do estudo. Em contrapartida, o Estado Geral de Saúde apresentou o menor desempenho médio (64,43; dp=15,87).

Os domínios Capacidade Funcional, Dor e Vitalidade apresentaram médias intermediárias, com valores de 70,29 (dp=24,32), 69,20 (dp=23,67) e 69,61 (dp=23,08), respectivamente. O domínio Limitação por Aspectos Emocionais apresentou média de 72,55 (dp=38,70), sendo também o domínio com maior variabilidade entre os participantes (Tabela 2).

Quanto aos valores extremos, observou-se que a maioria dos domínios apresentou escore máximo de 100 pontos. O domínio Estado Geral de Saúde apresentou valor máximo de 92 pontos e mínimo de 22 pontos. De forma geral, os escores médios observados indicam variação na percepção de qualidade de vida entre as dimensões avaliadas pelo instrumento (Tabela 2).

Considerando possíveis diferenças entre as unidades participantes do estudo, procedeu-se à comparação dos escores dos domínios do SF-36 entre as UBS analisadas.

Para comparar os escores dos domínios de qualidade de vida entre as Unidades Básicas de Saúde participantes do estudo, foi aplicado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, cujos resultados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Comparação dos domínios de qualidade de vida entre as Unidades Básicas de Saúde segundo teste de Kruskal-Wallis. Santos/SP, 2025 (n=51).

Domínio (SF-36)	Mediana	Média ± dp*	Min - Max	p valor**
UBS 1				
Capacidade funcional	67,5	63,75 ± 18,36	30,00 – 100,00	0,026
Limitação por aspectos físicos	100,0	64,58 ± 45,80	0,00 – 100,00	0,194
Dor	67,0	73,00 ± 21,58	42,00 – 100,00	0,116
Estado geral de saúde	69,5	64,75 ± 16,84	40,00 – 92,00	0,187
Vitalidade	67,5	64,17 ± 22,85	30,00 – 100,00	0,062
Aspectos sociais	62,5	65,63 ± 25,63	25,00 – 100,00	0,006
Limitação por aspectos emocionais	66,7	55,56 ± 41,03	0,00 – 100,00	0,037
Saúde mental	80,0	77,00 ± 15,92	52,00 – 100,00	0,191
UBS 2				
Capacidade funcional	55,0	53,57 ± 23,40	30,00 – 95,00	
Limitação por aspectos físicos	100,0	71,43 ± 41,90	0,00 – 100,00	
Dor	52,0	49,43 ± 31,70	10,00 – 100,00	
Estado geral de saúde	57,0	51,86 ± 22,61	22,00 – 85,00	
Vitalidade	70,0	54,29 ± 27,15	15,00 – 80,00	
Aspectos sociais	62,5	71,43 ± 29,50	25,00 – 100,00	
Limitação por aspectos emocionais	66,7	57,14 ± 46,00	0,00 – 100,00	
Saúde mental	64,0	63,43 ± 29,07	24,00 – 96,00	
UBS 3				
Capacidade funcional	85,0	76,41 ± 24,70	5,00 – 100,00	
Limitação por aspectos físicos	100,0	88,28 ± 26,17	0,00 – 100,00	
Dor	72,0	72,09 ± 21,02	21,00 – 100,00	
Estado geral de saúde	67,0	67,06 ± 12,80	37,00 – 92,00	
Vitalidade	82,5	75,00 ± 20,91	25,00 – 100,00	
Aspectos sociais	100,0	90,63 ± 18,78	12,50 – 100,00	
Limitação por aspectos emocionais	100,0	82,29 ± 33,85	0,00 – 100,00	
Saúde mental	88,0	82,00 ± 17,80	44,00 – 100,00	

Nota: *desvio padrão; **Teste de Kruskal-Wallis; **UBS 1:** Vila Mathias; **UBS 2:** Ponta da Praia; **UBS 3:** Campo Grande.

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre as UBS nos domínios Capacidade Funcional ($p = 0,026$), Aspectos Sociais ($p = 0,006$) e Limitação por Aspectos Emocionais ($p = 0,037$) (Tabela 3).

Nos demais domínios avaliados com: Limitação por Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Saúde Mental, não foram observadas diferenças estatisticamente

significativas entre as unidades analisadas ($p > 0,05$). Esses resultados indicam que a percepção de qualidade de vida entre os participantes apresentou variações entre as UBS em alguns domínios específicos do SF-36 (Tabela 3).

A análise das médias dos escores do SF-36 indicou que os participantes da UBS Campo Grande (UBS 3) apresentaram médias superiores nos três domínios com diferença estatisticamente significativa. No domínio Capacidade Funcional, as médias foram: Vila Mathias = 63,75 (dp=18,36), Ponta da Praia = 53,57 (dp=23,40) e Campo Grande = 76,41 (dp=24,70). Para Aspectos Sociais: Vila Mathias = 65,63 (dp=25,63), Ponta da Praia = 71,43 (dp=29,50) e Campo Grande = 90,63 (dp=18,78). Para Limitação por Aspectos Emocionais: Vila Mathias = 55,56 (dp=41,03), Ponta da Praia = 57,14 (dp=46,00) e Campo Grande = 82,29 (dp=33,85) (Tabela 3).

6. DISCUSSÃO

6.1 Determinantes Sociodemográficos e o Vínculo Territorial com a Atenção Primária

A análise do perfil sociodemográfico da amostra estudada revelou que a distribuição etária se concentrou predominantemente na faixa entre 70 e 79 anos (47,1%), seguida pelos participantes com idade entre 60 e 69 anos (35,3%). Idosos com mais de 80 anos representaram 17,7% da amostra, conforme apresentado na Tabela 1. Esse delineamento etário, no qual 82,4% dos entrevistados possuem até 79 anos, alinha-se diretamente à literatura gerontológica, que estratifica a velhice em dois subgrupos principais para a formulação de políticas públicas: os "idosos novos" (60 a 79 anos) e os "muito idosos" (80 anos ou mais) (Brasil, 2023).

A prevalência de idosos mais jovens como participantes regulares dos programas de Atenção Primária pode ser explicada pelo fato de que esse grupo tende a manter uma maior capacidade funcional e autonomia física (Brasil, 2023; Oliveira, 2009). Essas condições são pré-requisitos para a locomoção independente até a Unidade Básica de Saúde (UBS) e para a participação constante em atividades multicomponentes (Oliveira, 2009). Por outro lado, a menor participação do grupo com 80 anos ou mais evidencia as dificuldades associadas ao envelhecimento avançado. Essa fase é caracterizada pela redução da reserva fisiológica, aumento exponencial da fragilidade e maiores taxas de dependência para a realização das Atividades da Vida Diária, barreiras que frequentemente dificultam a mobilidade e limitam esses idosos mais velhos ao ambiente domiciliar (Brasil, 2023; Oliveira, 2009).

Quanto ao perfil de gênero, os resultados evidenciaram uma expressiva predominância feminina, contabilizando 46 participantes, enquanto os homens representaram apenas 9,8% da amostra. Essa discrepância reflete, em primeiro plano, o fenômeno demográfico estrutural conhecido como "feminização da velhice". Devido a taxas de mortalidade historicamente menores ao longo do curso de vida, as mulheres vivem, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens no Brasil (Brasil, 2023). No cenário específico de Santos/SP, esse fenômeno demográfico é excepcionalmente visível: dados recentes do Censo de 2022 confirmam que o município possui uma população com 39.154 mulheres a mais que homens, consolidando um desequilíbrio populacional que se alarga de forma aguda nas faixas etárias mais avançadas (Santos, 2025).

Contudo, a esmagadora proporção de mulheres nos grupos de envelhecimento ativo transcende a mera estatística populacional, ancorando-se em profundos determinantes socioculturais e comportamentais (Souza; Silva; Barros, 2021). Historicamente, as mulheres idosas apresentam um vínculo muito mais consolidado com a Atenção Primária e com o

território, demonstrando maior adesão a práticas preventivas de autocuidado e inserção ativa em redes de sociabilidade, como centros comunitários e atividades lúdicas (Oliveira, 2009; Souza; Silva; Barros, 2021).

Essa marcante presença feminina conecta-se diretamente a outro achado expressivo da pesquisa: o estado civil, que revelou uma maior proporção de indivíduos viúvos (41,2%), seguidos por casados (27,5%), divorciados (21,6%) e solteiros (9,8%) (Tabela 1). A expressiva taxa de viuvez identificada uma das faces mais complexas da feminização da velhice. Aliado à vantagem biológica na longevidade das mulheres (Brasil, 2023; Sánchez Salgado, 2002), há um forte componente cultural: tradicionalmente, as mulheres das atuais coortes idosas casaram-se com homens mais velhos, o que aumenta substancialmente a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao cônjuge (Sánchez Salgado, 2002).

Ademais, o alto índice de mulheres vivendo sem companheiros contrasta com a realidade masculina, pois a literatura aponta que os homens idosos, ao enviuvarem ou se divorciarem, apresentam uma tendência muito maior ao recasamento com mulheres mais jovens, ao passo que as mulheres idosas tendem a permanecer sós (Oliveira, 2009; Sánchez Salgado, 2002). No contexto específico de Santos/SP, a manutenção do status de viúva perpassa também por uma decisão socioeconômica. Observa-se que muitas idosas santistas adquirem independência financeira justamente por meio do recebimento da pensão por morte e, na dinâmica urbana local, muitas evitam oficializar novas uniões conjugais por receio de perderem ou fragmentarem esse benefício previdenciário, preferindo manter a autonomia conquistada (Oliveira, 2009).

Contudo, a feminização da velhice também impõe desafios severos, uma vez que a mulher idosa é, frequentemente, vítima de uma dupla discriminação: pelo sexismo e pela gerofobia, o preconceito de idade (Sánchez Salgado, 2002). As estruturas sociais, que historicamente atrelaram o valor da mulher à juventude, à estética e à utilidade reprodutiva, tendem a invisibilizar a mulher envelhecida (Brasil, 2023; Sánchez Salgado, 2002). Além disso, mesmo na velhice, recai sobre elas uma contínua sobrecarga de trabalho doméstico não remunerado, já que frequentemente assumem o papel de cuidadoras de netos, de pais ainda mais velhos pertencentes à quarta idade ou de cônjuges adoecidos, limitando o tempo para o próprio lazer e autocuidado (Brasil, 2023).

É neste cenário de perdas, lutos familiares e pressões sociais inerentes à viuvez feminina que a vinculação semanal à Atenção Primária em Saúde ganha o seu contorno mais libertador. A saída do espaço puramente doméstico e a inserção ativa dessas mulheres em grupos lúdicos e de convivência das UBS atuam como um potente fator terapêutico e de ressignificação da

vida. Ao encontrarem outras mulheres na mesma situação etária e conjugal, elas fortalecem laços de solidariedade, vencem os riscos da solidão e da depressão pós-viuvez e exercem, na prática, o direito de viver uma velhice protagonista, autônoma e visível na sociedade (Oliveira, 2009; Sánchez Salgado, 2002).

Por outro lado, a literatura aponta que a baixa adesão masculina está fortemente associada à resistência imposta por construções sociais de gênero. Homens apresentam maior barreira cultural à adoção de práticas preventivas de saúde e à inserção em atividades rotuladas para a "terceira idade". Soma-se a isso o fato de que muitos homens idosos, quando possuem autonomia física preservada, permanecem engajados em atividades laborais remuneradas para a complementação da renda familiar, o que inviabiliza a frequência assídua às atividades ofertadas no horário de funcionamento das Policlínicas (Souza; Silva; Barros, 2021).

No que tange aos arranjos domiciliares e de moradia, apenas 15,7% dos participantes relataram morar sozinhos. A grande maioria reside com uma (35,3%), duas (19,6%) ou três pessoas (19,6%). Essa convivência intergeracional reflete uma importante estratégia de suporte mútuo e sobrevivência no cenário brasileiro (Brasil, 2023). Contudo, um dado que chama atenção para a autonomia dessa amostra é que 56,9% relataram não possuir dependentes vinculados à sua renda e 76,5% residem em imóvel próprio (Tabela 1). Essa alta taxa de propriedade habitacional, aliada a residências com estrutura adequada (43,1% possuem de quatro a cinco cômodos), sugere uma forte estabilidade territorial. Para a gerontologia, a fixação segura no território é um dos pilares para o envelhecimento ativo, pois o bairro estruturado atua como facilitador de mobilidade, permitindo que a pessoa idosa estabeleça laços de pertencimento e consiga deslocar-se com frequência para os serviços comunitários (Oliveira, 2009).

Quanto à raça/cor autodeclarada, a maioria declarou-se branca (62,7%), seguida por pardos (27,5%), amarelos (5,9%) e pretos (3,9%), sem registros de indígenas (Tabela 1). Esse perfil espelha a formação histórico-demográfica da região litorânea paulista e, especificamente, do município de Santos, que historicamente atraiu fluxos migratórios europeus e consolidou uma população idosa predominantemente branca nas áreas insulares (Oliveira, 2009).

A análise socioeconômica da amostra revela um cenário de grande relevância para a saúde pública local. Observou-se a predominância de rendimentos familiares entre um e dois salários-mínimos (60,8%), alinhando-se à realidade nacional em que a renda do idoso provém primariamente da aposentadoria ou do Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Brasil, 2023). Por outro lado, 37,3% dos participantes declararam renda superior a dois salários-mínimos, com 80,4% afirmando não exercer atividade laboral no momento da coleta (Tabela 1). Essa

independência financeira afasta a necessidade de permanecer na informalidade do mercado de trabalho, liberando tempo livre para que esses indivíduos invistam no autocuidado e na participação assídua nos programas das Policlínicas (Souza; Silva; Barros, 2021).

A escolaridade apresentou expressiva heterogeneidade. Embora a maior proporção seja de indivíduos com ensino fundamental incompleto (37,3%) e 5,9% sem instrução formal, nota-se uma parcela significativa com ensino médio completo (19,6%) e ensino superior completo (13,7%) (Tabela 1). Estudos clássicos da saúde coletiva, como os de Lima-Costa (2004) e Castro et al. (2019), demonstram que a escolaridade é o determinante social de maior peso na adesão a comportamentos preventivos de saúde (Castro et al., 2019; Lima-Costa, 2004). Idosos com baixa escolaridade e analfabetismo apresentam maiores taxas de sedentarismo e dificuldades no letramento em saúde, como compreender prescrições médicas (Brasil, 2020). Dessa forma, a presença considerável de idosos com baixa instrução nos grupos de envelhecimento ativo demonstra o sucesso das UBS de Santos em atrair populações vulneráveis, cumprindo o papel da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de traduzir a promoção da saúde de forma acessível e lúdica para todos os níveis educacionais (Brasil, 2006; Brasil, 2020).

Um dos achados mais contundentes deste levantamento refere-se ao acesso à saúde e ao vínculo com a Atenção Primária. A Tabela 1 demonstra que 41,2% dos idosos entrevistados declararam possuir plano de saúde privado. Esse dado corrobora o perfil histórico do município, que apresenta altas taxas de cobertura suplementar, mas que, conforme as diretrizes do recém-publicado Plano Municipal de Saúde de Santos (2026-2029), mantém a necessidade contínua de garantir acesso equitativo e integral aos serviços por meio do fortalecimento do sistema público (Santos, 2025).

No entanto, o fato de que idosos detentores de planos de saúde privados estejam frequentando ativamente as UBS revela uma importante mudança de paradigma no cuidado. Observou-se que quase metade da amostra (49,0%) utiliza a unidade de saúde semanalmente, uma frequência altíssima para um serviço que, no antigo modelo, era procurado apenas para o tratamento de doenças agudas. Isso evidencia que a atratividade da UBS não se restringe à consulta médica gratuita, mas sim à consolidação da sua missão estratégica pautada na oferta de intervenções multicomponentes, com foco em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e melhorias na qualidade de vida (Santos, 2025; Souza; Silva; Barros, 2021). Enquanto a rede privada foca predominantemente no modelo biomédico, curativo e ambulatorial, a Atenção Básica consolida-se no território santista como o principal articulador da sociabilidade, combatendo o isolamento social e garantindo ações integradas de cuidado para a manutenção

da capacidade funcional e o bem-estar dos idosos, independentemente de sua classe social (Santos, 2025).

Em síntese, a caracterização sociodemográfica desta amostra transcende a mera descrição estatística, consolidando-se como um retrato fiel das complexidades do envelhecimento contemporâneo no Brasil e das particularidades territoriais do município de Santos. Os achados comprovam que a velhice não é uma fase estática e uniforme, mas sim um processo heterogêneo e socialmente construído, fortemente moldado por marcadores de gênero, arranjos familiares, níveis de escolaridade e condições de moradia (Brasil, 2023).

O perfil predominante delineado neste estudo é composto majoritariamente por mulheres, viúvas, com autonomia residencial, mas que carregam o peso histórico da vulnerabilidade social que evidencia que a adesão assídua aos programas das Unidades Básicas de Saúde não é motivada pela simples busca por assistência médica curativa. Pelo contrário, atua como uma estratégia ativa de resistência contra o isolamento social, a gerofobia e o rápido declínio funcional (Souza; Silva; Barros, 2021; Oliveira, 2009). Dessa forma, as Policlínicas santistas reafirmam o seu papel de âncoras comunitárias e articuladoras de sociabilidade, efetivando as diretrizes de promoção à saúde e garantindo o direito à vivência plena da cidade (Santos, 2025). É exatamente a partir da compreensão profunda de quem é esse idoso e de como ele se insere no seu território que se torna possível, na próxima etapa deste estudo, analisar com rigor clínico e metodológico os impactos dessas intervenções nos escores de saúde física e mental mensurados pelo questionário SF-36.

6.2 Aspectos Sociais e o Paradigma do Envelhecimento Ativo

Os elevados escores alcançados nos domínios de Aspectos Sociais (82,11) e Saúde Mental (78,27) refletem o impacto positivo da inserção comunitária e validam as premissas do paradigma do envelhecimento ativo. A literatura demonstra que a saúde social é definida pela capacidade de formar relacionamentos significativos e pelo senso de pertencimento e está intrinsecamente associada a melhores desfechos de saúde mental e à prevenção do declínio cognitivo (Dogra et al., 2022). Ao participarem regularmente dos programas de promoção da saúde, esses indivíduos rompem com o isolamento doméstico e ampliam sua rede de suporte social, fatores que atuam como potentes escudos contra a depressão e a solidão, elevando o bem-estar subjetivo (Dogra et al., 2022; Souza; Silva; Barros, 2021).

No contexto de Santos/SP, essa alta pontuação social ganha sentido prático quando aliada à apropriação do espaço urbano. O ato de sair de casa para frequentar as Policlínicas, interagir nos grupos de convivência e transitar pela cidade consolida a sociabilidade como um

fim em si mesma (Oliveira, 2009). Para esses idosos, a convivência lúdica atua como um fator de ressignificação da velhice, provando que a socialização e a adoção de uma vida ativa são determinantes fundamentais para uma elevada percepção de qualidade de vida (Oliveira, 2009; Souza; Silva; Barros, 2021).

Paralelamente, o alto escore no domínio Limitação por Aspectos Físicos (80,39) indica que a imensa maioria dos participantes não encontra barreiras físicas severas que os impeçam de exercer seus papéis cotidianos. Esse dado corrobora o pressuposto de que grande parte da população idosa, quando estimulada por programas institucionais, consegue manter sua independência para o autocuidado (Brasil, 2023).

Em contrapartida, o domínio Estado Geral de Saúde apresentou a menor média do estudo (64,43). Sob a ótica do modelo biomédico tradicional, esse número sugeriria o fracasso do processo; contudo, à luz da saúde coletiva, ele revela o impacto real da transição epidemiológica. A prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tornou-se a regra na velhice, impactando diretamente a autopercepção do estado de saúde (Cortez et al., 2019; Miranda; Mendes; Silva, 2016). Esse desgaste biológico natural também justifica os escores intermediários encontrados nos domínios de Dor (69,20) e Vitalidade (69,61), refletindo a convivência diária com limitações fisiológicas e dores articulares típicas da senescência (Brasil, 2006).

Todavia, o achado mais expressivo desta análise reside na coexistência entre o baixo escore em Estado Geral de Saúde e os altos patamares em Aspectos Sociais e Físicos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) adverte que é um erro atrelar o envelhecimento saudável à utópica ausência de comorbidades (WHO, 2015). O indivíduo pode perfeitamente conviver com condições crônicas e experimentar níveis elevados de qualidade de vida, desde que suas patologias estejam clinicamente controladas e sua funcionalidade seja estimulada pelo ambiente (Ruidiaz-Gómez; Cacante-Caballero, 2021; WHO, 2015).

Dessa forma, os dados do SF-36 comprovam estatisticamente que a participação nas intervenções oferecidas pela Atenção Primária em Santos/SP compensa as vulnerabilidades das doenças crônicas. O suporte institucional garante que o idoso mantenha a sua autonomia, preserve a sua saúde mental e continue sendo um agente participativo e visível em seu território (Brasil, 2006; Souza; Silva; Barros, 2021).

6.3 O Território como Determinante da Qualidade de Vida: Uma Análise Comparativa entre as Policlínicas.

Para transcender a análise puramente clínica e compreender como a dinâmica urbana influencia o bem-estar na velhice, a Tabela 3 apresenta a comparação dos escores do questionário SF-36 entre as três Policlínicas participantes (Vila Mathias, Ponta da Praia e Campo Grande), utilizando o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. A análise bivariada revelou que o local de residência e a inserção comunitária da pessoa idosa impactam de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$) três domínios cruciais da qualidade de vida: a Capacidade Funcional ($p=0,026$), os Aspectos Sociais ($p=0,006$) e a Limitação por Aspectos Emocionais ($p=0,037$).

Ao observar as médias dos agrupamentos, constata-se um resultado de extrema relevância para a saúde coletiva: a Policlínica Campo Grande (UBS 3) destacou-se com os maiores escores em praticamente todas as dimensões, liderando de forma absoluta nos três domínios com significância estatística. Os idosos frequentes dessa unidade relataram excelente autopercepção nos Aspectos Sociais (90,63), nas Limitações por Aspectos Emocionais (82,29) e na Capacidade Funcional (76,41). O teste de comparações múltiplas confirmou que o Campo Grande diferiu significativamente da Ponta da Praia na Capacidade Funcional ($p=0,023$), de ambas as unidades nos Aspectos Sociais (Vila Mathias $p=0,002$; Ponta da Praia $p=0,042$) e da Vila Mathias na Limitação por Aspectos Emocionais ($p=0,039$).

Esse cenário consolida a premissa fundamental da saúde coletiva de que o território não é um palco neutro, mas sim um determinante ativo na produção de saúde, na morbidade e na autonomia dos indivíduos (Campos; Amaral, 2007). Para além da caracterização arquitetônica e visual, a relação intrínseca entre o ambiente construído e a capacidade funcional é amplamente documentada na literatura gerontológica global. O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) adverte que a funcionalidade de um idoso não é determinada apenas por suas capacidades físicas e mentais intrínsecas, mas pelas interações contínuas com os ambientes que ele habita ao longo da vida (WHO, 2015). Atributos do bairro, como a proximidade de destinos utilitários, conectividade de ruas e segurança percebida, são essenciais para encorajar o transporte ativo e a caminhada diária, elementos cruciais para a manutenção de hábitos de vida ativa na velhice (Dogra et al., 2022).

O notável sucesso na qualidade de vida dos idosos do Campo Grande (UBS 3) encontra forte respaldo na geografia e na dinâmica habitacional histórica deste bairro. A espacialização do envelhecimento em Santos/SP destaca que regiões residenciais e comerciais tradicionais

promovem a recuperação da sociabilidade entre vizinhos, favorecendo os contatos primários em meio ao cenário urbano (Oliveira, 2006). Conforme postula a clássica teoria urbanística de Jane Jacobs, o principal atributo de um distrito próspero é a vitalidade de suas calçadas e a multiplicidade de usos do solo (Jacobs, 2011). Em bairros tradicionais como o Campo Grande, a rua atua como uma extensão da própria casa; a soma de contatos públicos casuais e fortuitos na calçada, no comércio e nas praças resulta em uma profunda rede de respeito, segurança e confiança mútua entre os moradores. Essa dinâmica de sociabilidade orgânica pode favorecer a mobilidade cotidiana e a preservação da capacidade funcional, constituindo hipótese explicativa plausível para os escores superiores observados nos Aspectos Sociais (90,63) no Campo Grande, a ser investigada em estudos futuros com coleta de dados urbanísticos específicos. O ambiente estruturado em escala humana foca na convivência e atua como um coterapeuta, potencializando diretamente os resultados preventivos da UBS.

Por outro lado, os baixos escores funcionais e os maiores níveis de dor observados na Ponta da Praia (UBS 2) revelam um importante paradoxo socioespacial, diretamente atrelado à modificação recente da paisagem urbana. Embora seja um bairro situado na nobre zona da orla, com infraestrutura consolidada e abrigando idosos de alto poder aquisitivo, a renda elevada, de forma isolada, não impede o declínio físico, especialmente quando o ambiente impõe barreiras ao convívio (Brasil, 2006; Oliveira, 2006). De acordo com os dados do Censo de 2022, Santos é caracterizada por um avançado processo de verticalização urbana que, se por um lado maximizou os ganhos imobiliários, por outro alterou drasticamente a forma de viver o espaço (Simões et al., 2024).

O perfil urbano da Ponta da Praia é hoje marcado pela substituição de antigas moradias térreas por complexos residenciais de alta densidade e arranha-céus fechados (Simões et al., 2024). Esse processo de verticalização dilui as relações sociais de vizinhança, fazendo com que os moradores percam gradativamente sua identidade e o sentimento de pertencimento comunitário ao se isolarem dentro de seus condomínios (Simões et al., 2024). Áreas compostas por "ilhas" residenciais superestruturadas tendem a excluir a vida informal das calçadas, gerando distanciamento e apatia. O paradoxo ganha ainda mais complexidade quando analisado sob a ótica da migração intraurbana santista: muitos idosos migram de bairros interiores para a orla da praia após a aposentadoria, atraídos pelo consumo da paisagem natural e pelo status social (Oliveira, 2006). Contudo, ao se inserirem nessa nova dinâmica fortemente verticalizada, perdem suas antigas redes de apoio (Simões et al., 2024). Sem as calçadas ativas para a prática da sociabilidade espontânea, a vida restringe-se ao espaço privado, favorecendo o isolamento doméstico e sugerindo como hipótese que o sedentarismo decorrente da arquitetura

verticalizada pode contribuir para os menores escores no domínio de Dor (49,43) e Capacidade Funcional (53,57) nessa unidade, embora dados sobre tipo de moradia e padrões de deslocamento não tenham sido coletados neste estudo.

Já os escores rebaixados da Vila Mathias (UBS 1) nas esferas emocionais (55,56) e de convivência social (65,63) surgem, como hipótese, a influência das barreiras impostas por uma região de transição, embora dados específicos sobre fluxo viário percebido e comportamento de deslocamento não tenham sido coletados neste estudo. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) enfatiza que a manutenção da capacidade funcional exige um ambiente físico acolhedor e seguro (Brasil, 2006). Em um cenário urbano considerado "hostil" para o pedestre com mobilidade reduzida, ruas com intenso tráfego de veículos e calçadas deterioradas ou obstruídas aumentam exponencialmente o risco de acidentes, sendo a queda um dos principais fatores para a perda irreversível da autonomia na velhice (Brasil, 2006; WHO, 2015). O medo de cair ou de não conseguir atravessar vias expressas atua como uma barreira à mobilidade, fazendo com que o idoso evite sair de casa, o que resulta em isolamento social e perdas emocionais significativas. Assim, a rua deixa de ser um local de encontro para se tornar uma ameaça constante, restringindo a sociabilidade desse idoso quase que exclusivamente aos muros da própria Policlínica.

Diante do fracasso estrutural de certos territórios urbanos em atuar como facilitadores do envelhecimento ativo, a Atenção Primária assume uma responsabilidade que transcende a mera assistência clínica tradicional. É exatamente nesse cenário de exclusão espacial que a atuação dos programas de promoção à saúde das Policlínicas santistas deve ser compreendida à luz do conceito de "tecnologias leves" em saúde, formulado por Emerson Elias Merhy (Merhy, 1998). As tecnologias leves caracterizam-se pelo "trabalho vivo em ato", manifestado na produção de relações de escuta, acolhimento, vínculo, empatia e confiabilidade construídas intersubjetivamente entre os profissionais e os usuários no momento do encontro (Merhy, 1998).

Para os idosos residentes em bairros de arquitetura excludente, seja pelo tráfego e ritmo comercial da Vila Mathias ou pela verticalização isoladora da Ponta da Praia, a inserção regular nos grupos operativos representa, muitas vezes, a única oportunidade de socialização segura, emancipatória e formadora de vínculos comunitários. As equipes de saúde, ao aplicarem os preceitos da Clínica Ampliada (Campos; Amaral, 2007) e utilizarem massivamente essas tecnologias relacionais e leves, atuam como verdadeiras âncoras compensatórias das deficiências físicas e sociais do território (Merhy, 1998).

Em suma, a capacidade de manter o envelhecimento ativo sofre influências diretas das facilidades e barreiras ambientais (WHO, 2015). O alto escore de Saúde Mental e Aspectos Sociais alcançado de forma geral na pesquisa revela que as Policlínicas devolvem ao idoso o seu protagonismo comunitário, garantindo que, mesmo em uma malha urbana que segrega e verticaliza, a autonomia, os laços de solidariedade e a qualidade de vida relacionada à saúde sejam ativamente preservados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conformidade com o objetivo geral estabelecido, esta pesquisa avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pessoas idosas inseridas em programas de envelhecimento ativo na Atenção Primária de Santos/SP, evidenciando que o bem-estar na senescência não se manifesta como um dado homogêneo ou linear, mas sim como um construto profundamente territorializado.

Os resultados do questionário SF-36 confirmam a validade das diretrizes biopsicossociais que apoiam a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Isso demonstra que os grupos comunitários desempenham um papel assistencial que vai além do tradicional modelo biomédico curativo. O achado significativo dessa dinâmica está na notável coexistência entre uma autopercepção negativa do Estado Geral de Saúde e os altos índices obtidos nos domínios de Aspectos Sociais e Saúde Mental. Essa aparente contradição estatística demonstra que, apesar de a transição epidemiológica exigir o contato diário com o desgaste fisiológico e com doenças crônicas, o suporte institucional fornecido de maneira abrangente pelas Policlínicas funciona como um forte fator de resiliência, transformando as oportunidades de convivência, lazer e atividades físicas em mecanismos diretos para manter a autonomia e a dignidade no dia a dia.

A análise bivariada realizada com o teste de Kruskal-Wallis aprofundou essa compreensão ao revelar que as dimensões de Capacidade Funcional, Aspectos Sociais e Limitações por Aspectos Emocionais apresentam variações estatisticamente significativas dependendo do território onde a pessoa idosa reside. Os dados reforçam a ideia de que o espaço urbano não é um palco neutro, mas um fator social influente na promoção da saúde e na melhoria da independência funcional.

O evidente destaque da Policlínica Campo Grande sugere o possível êxito de um modelo de bairro pensado para ser humano e acessível, em que o planejamento urbano plano e o uso misto do solo podem incentivar as pessoas a ocuparem as calçadas e praças, fortalecendo organicamente as ações preventivas realizadas pela equipe de saúde, hipótese a ser confirmada em estudos futuros com dados urbanísticos específicos. Em total contraste, os menores escores funcionais e os maiores níveis de dor observados na Ponta da Praia acendem um alerta significativo para a gerontologia e a saúde coletiva: a hipótese de que o elevado poder aquisitivo e a infraestrutura consolidada de uma área litorânea não garantem a proteção do idoso contra o declínio motor, se a verticalização acelerada e o isolamento intradomiciliar levarem ao sedentarismo e à quebra dos laços de vizinhança. Por fim, o desempenho inferior da Vila Mathias nas esferas relacionais pode estar associado à hostilidade viária e o ritmo comercial

acelerado. Nesses cenários, o medo de acidentes e quedas poderia restringir a sociabilidade do pedestre com mobilidade reduzida quase que exclusivamente aos muros da unidade de saúde, sem que dados específicos sobre percepção de segurança viária tenham sido coletados neste estudo.

Em face desses contrastes socioespaciais, fica claro que a elaboração de respostas governamentais eficazes pelo Sistema Único de Saúde local requer que a administração pública vá além das intervenções meramente universais e implemente estratégias personalizadas para a diversidade de cada distrito sanitário. Como primeira sugestão prática para a rede de saúde de Santos/SP, é essencial reduzir as barreiras culturais de gênero evidenciadas pelo alto índice de absenteísmo masculino. Isso requer a implementação de programas de busca ativa e a disponibilização de atividades em horários flexíveis nas Policlínicas, a fim de atrair a população masculina idosa que atualmente é negligenciada no contexto preventivo. Além disso, em áreas afetadas pela verticalização isoladora ou pela hostilidade do tráfego, as equipes multiprofissionais da Atenção Primária precisam levar a clínica ampliada para fora dos limites institucionais, coordenando ações intersetoriais com equipamentos comunitários, como os Centros de Convivência (CECONs) e outras iniciativas de convívio ao ar livre já em curso no município. O objetivo dessa descentralização é tirar o idoso do isolamento em casa e do sedentarismo, usando o espaço urbano como um elemento coterapeuta e estimulador da reabilitação funcional. Adicionalmente, enfatiza-se a importância gerencial de capacitar as equipes para o uso contínuo da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, convertendo o registro burocrático em uma ferramenta clínica ativa para a detecção precoce da fragilidade.

Por último, cabe contextualizar que as nuances metodológicas deste estudo, como seu caráter descritivo e o delineamento transversal, configuram-se como características naturais de uma pesquisa seccional, em que a captação simultânea de dados nos direciona a focar na distribuição atual dos indicadores, sem a pretensão de estabelecer relações de causa e efeito imediatas. Sob essa ótica, compreende-se que a expressiva percepção de qualidade de vida nos domínios sociais pode tanto refletir o impacto direto dos programas quanto indicar um viés de seleção inerente ao delineamento adotado: os participantes são, por definição, idosos com capacidade funcional e autonomia suficientes para comparecer regularmente às UBS. Isso significa que os idosos mais fragilizados, acamados ou com mobilidade severamente comprometida (justamente aqueles que mais necessitariam de intervenções de promoção à saúde) estão sistematicamente ausentes desta amostra. Esse viés de seleção limita a generalização dos achados para toda a população idosa do município e reforça a necessidade de estratégias ativas de busca domiciliar para alcançar os segmentos mais vulneráveis. Da mesma

forma, o tamanho amostral convida-nos a interpretar os achados como um retrato fiel desse grupo específico, servindo como um valioso ponto de partida para a compreensão da realidade local, mais do que uma generalização irrestrita de toda a população municipal.

Apesar de tais especificidades de desenho, o estudo cumpre um papel fundamental ao preencher uma lacuna científica no monitoramento gerontológico local, traduzindo a subjetividade do bem-estar em dados quantitativos espacializados. Os resultados oferecem um diagnóstico empírico consistente que apoia o aprimoramento das políticas públicas municipais e sinaliza a relevância de investigações longitudinais futuras, consolidando o papel histórico de Santos/SP como laboratório demográfico e referência na promoção do envelhecimento ativo no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.

Acesso em: 16 nov. 2024

BRASIL. Decreto nº 10.133, de 26 de novembro de 2019. Institui o Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável. Brasília, DF, 2019. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d10133.htm. Acesso em:

13 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF, 2003. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 13 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf.

Acesso em: 5 mar. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa: políticas públicas e promoção da saúde na prática do SUS [recurso eletrônico]. Organização de Dalia Romero e Débora Castanheira. Rio de Janeiro: Editora ICICT-Fiocruz, 2020. Disponível em:

https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livro_digital_-_boas_praticas_na_gestao_de_saude_da_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 23 mai. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em:

11 mar. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf.

Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_6ed.pdf. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 1 mar. 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família. **Nota Informativa nº 5/2023:** Envelhecimento e o direito ao cuidado. Brasília, DF: MDS/SNCF, dez. 2023. Disponível em: [Dezembro 2023](#). Acesso em: 28 fev. 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Crescimento da população idosa brasileira expõe urgência de políticas públicas para combater violações e desigualdades.** Brasília, DF: MDHC, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/crescimento-da-populacao-idosa-brasileira-expoe-urgencia-de-politicas-publicas-para-combater-violacoes-e-desigualdades>. Acesso em: 1 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 6 nov. 2024.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>. Acesso em: 5 fev. 2026.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwzQ865pBS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2025.

CASTRO, Camila Menezes Sabino *et al.* Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4153-4162, nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.05762018>. Acesso em: 7 mai. 2025.

CICONELLI, Rosana Mesquita *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, maio/jun. 1999; 39(3): 143-50. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-296502>. Acesso em: 7 abr. 2025

CORTEZ, Antônio Carlos Leal *et al.* Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 700-709, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785> . Acesso em: 7 mar. 2026

DOGRA, Shilpa; DUNSTAN, David W.; SUGIYAMA, Takemi; STATHI, Afroditi; GARDINER, Paul A.; OWEN, Neville. Active Aging and Public Health: Evidence, Implications, and Opportunities. **Annual Review of Public Health**, [s. l.], v. 43, p. 439-459, abr. 2022. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-052620-091107. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-052620-091107>. Acesso em: 1 jun. 2025.

GOOGLE. **Gemini** (Versão 1.5 Pro). Mountain View: Google, 2026a. Disponível em: <https://gemini.google.com>

GOOGLE. **NotebookLM**. Mountain View: Google, 2026b. Disponível em: <https://notebooklm.google.com>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Rio de Janeiro: Agência IBGE Notícias, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 1 ago. 2024.

JACOBS, Jane. **Morte e vida de grandes cidades**. Tradução de Carlos S. Mendes Rosa. 3. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 161-170, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NCd8MxwvT6MrXDdHtMCrpk/?format=html&lang=pt> . Acesso em: 4 jan. 2026

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 201-208, dez. 2004. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a02.pdf> . Acesso em: 20 mai. 2026

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, out./dez. 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003> . Acesso em: 22 dez. 2025

McHORNEY, C. A.; WARE, J. E. Jr.; RACZEK, A. E. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and

mental health constructs. **Medical Care**, v. 31, n. 3, p. 247-263, 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8450681/>. Acesso em: 13 nov. 2025

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/33023409_A_perda_da_dimensao_cuidadora_na_producao_da_saude_uma_discussao_do_modelo_assistencial_e_da_intervencao_no_seu_modode_trabalhar_a_assistencia. Acesso em: 5 mar. 2026

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 mar. 2026

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2026.

OLIVEIRA, Glaucia S. Destro de. Santos: o paraíso da Terceira Idade. **Cadernos Pagu**, n. 33, 2009. Disponível em: <https://cdsa.aacademica.org/000-062/159.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2026

OLIVEIRA, Juliana Andrade. **"Terceira idade" e cidade: o envelhecimento populacional no espaço intra-urbano de Santos**. 2006. 195 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-02032009-153346/publico/JULIANA_ANDRADE_OLIVEIRA.pdf. Acesso em: 7 mar. 2026.

ROMERO, Dalia; CASTANHEIRA, Débora. Experiências de boas práticas de implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos municípios brasileiros. In: ROMERO, Dalia; CASTANHEIRA, Débora (Org.). **Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa: políticas públicas e promoção da saúde na prática do SUS**. Rio de Janeiro: Editora ICICT-Fiocruz, 2020. p. 11-16. Disponível em: https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/sites/saudedapessoaidosa.fiocruz.br/files/u42/boas_praticas_na_gestao_de_saude_da_pessoa_idosa_final.pdf. Acesso em: 13 abr. 2025.

RUIDIAZ-GÓMEZ, Keydis Sulay; CACANTE-CABALLERO, Jasmin Viviana. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. **Revista Ciência e Cuidado**, Cúcuta, v. 18, n. 3, p. 2539, set./dez. 2021. DOI: 10.22463/17949831.2539. Disponível em: <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>. Acesso em: 17 dez. 2024.

SÁNCHEZ SALGADO, Carmen Delia. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4716> . Acesso em: 12 jun. 2025.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014. (Original publicado em 1987)

SANTOS (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico de Santos**. Santos, SP: SMS, 2024. Disponível em: https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/files/portal_files/SAUDE/boletim_6_final_divulgacao.pdf. Acesso em: 2 dez. 2024.

SANTOS (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Santos: 2022-2025**. Santos: Prefeitura Municipal de Santos, 2021. Disponível em: https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/downloads/arquivos/24-02-2022/plano_municipal_de_saude_de_santos_2022-2025_-final_out2021.pdf . Acesso em: 5 mar. 2026

SANTOS (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2026-2029**. Santos: Prefeitura de Santos, 2025. Disponível em: https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/files/portal_files/img_noticias/2025/11/plano_municipal_de_saude_de_santos_2026-2029_.pdf . Acesso em: 23 mai. 2026

SANTOS (Município). Secretaria de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Santos nº 7**: edição 2025. Santos, SP: Prefeitura de Santos, 2025. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=servico/boletim-epidemiologico-de-santos>. Acesso em: 25 fev. 2026.

SIMÕES, Kelly Araújo; TAVARES, Marcelo da Silva; TEIXEIRA, Sabrina Aparecida Costa; TOURINHO, Andréa de Oliveira; SÍGOLO, Letícia Moreira. Verticalização na cidade de Santos (SP): impactos sobre a sustentabilidade urbana e a qualidade de vida. **Periódico Técnico e Científico Cidades Verdes**, [S. l.], v. 12, n. 38, 2024. DOI: [10.17271/23178604123820245462](https://publicacoes.amigosdanatureza.org.br/index.php/cidades_verdes/article/view/5462). Disponível em: https://publicacoes.amigosdanatureza.org.br/index.php/cidades_verdes/article/view/5462. Acesso em: 3 jun. 2026.

SOUZA, Elza Maria de; SILVA, Daiane Pereira Pires; BARROS, Alexandre Soares de. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1355-1366, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09642019>. Acesso em: 28 dez. 2024.

SOUZA, Lucélia Cardoso de; VILIONE, Gabriela Cristina Carneiro; SOARES, Nanci. Autoridade, família e indústria cultural: a construção social da velhice. In: TEIXEIRA, S. M. (Org.). **Envelhecimento na sociabilidade do capital**. Rio de Janeiro: Papel Social, 2017. p. 235-252.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality of life assessment: an annotated bibliography. Geneva: WHO, 1994. (MNH/PSF/94.1). Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6281c364-81f0-4ace-afe8-db0d536e07ec/content> . Acesso em: 17 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Community health management: a problem-solving approach. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/116503>. Acesso em: 3 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/186463>. Acesso em: 15 fev. 2026.

APÊNDICE A

1. Dados Demográficos

1.1. Qual é a sua idade?

☐ 60-69 ☐ 70-79 ☐ 80-89 ☐ 90-99 ☐ +100

1.2. Qual é o seu sexo?

☐ Masculino ☐ Feminino

1.3. Qual é o seu estado civil?

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

1.4. Qual é a sua raça/cor?

☐ Branco ☐ Preto ☐ Pardo ☐ Amarelo ☐ Indígena

2. Educação e Trabalho:

2.1. Qual é o seu nível de escolaridade?

☐ Sem instrução ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo
☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto
☐ Ensino superior completo

2.2. Atualmente, você está trabalhando?

☐ Sim ☐ Não

2.3. Se sim, qual é a sua ocupação? (_____)

3. Renda Familiar:

3.1. Qual é a sua renda familiar mensal?

☐ Menos de 1 salário mínimo ☐ 1 a 2 salários mínimos
☐ 2 a 3 salários mínimos ☐ Mais de 3 salários mínimos

3.2. Quantas pessoas dependem dessa renda? (_____)

4. Condições de Moradia:

4.1. Você mora em:

☐ Casa própria ☐ Casa alugada ☐ Casa cedida

4.2. Quantas pessoas moram com você? (_____)

4.3. Qual é o número de cômodos na sua residência? (_____)

5. Saúde e Acesso aos Serviços de Saúde:

5.1. Você possui plano de saúde?

☐ Sim ☐ Não

5.2. Com que frequência você utiliza os serviços de saúde das UBS?

☐ Semanalmente ☐ Quinzenalmente ☐ Mensalmente ☐ Apenas quando necessário

APÊNDICE B

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar uma bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escadas	1	2	3

e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2

b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
--	------------	------------------------	------------------------	-----------------------	----------------------------	-------

a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7	

	Se $7 = 1$ e se valor da questão é (6) Se $7 = 2$ à 6 e se valor da questão é (5) Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 2$, o valor da questão é (4) Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 3$, o valor da questão é (3) Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 4$, o valor da questão é (2) Se $7 = 2$ à 6 e se $8 = 5$, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)
09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo
10	Considerar o mesmo valor.
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3)

	Se a resposta for 4, o valor será (2)
	Se a resposta for 5, o valor será (1)

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

$$\text{Domínio} = \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} * 100$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	04	04

Dor	07+08	02	10
Estado geral de saúde	01+11	05	20
Vitalidade	09 (somente se os itens a+e+g+i)	04	20
Aspectos sociais	06+10	02	08
Limitação por aspectos emocionais	05	03	03
Saúde mental	09 (somente se os itens b+c+d+f+h)	05	25

Exemplos de cálculos:

Capacidade funcional: (ver tabela)

$$\text{Domínio} = \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} * 100$$

Capacidade funcional: $21 - 10 \times 100 = 55$

20

O valor para o domínio da capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
- Verificar a pontuação obtida nas questões 7 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4
- Aplicar fórmula:

$$\text{Domínio} = \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} * 100$$

Dor: $9,4 - 2 \times 100 = 74$

10

O valor obtido para o domínio da dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor. Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da pesquisa: Território e Envelhecimento Ativo: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Idosos em Programas de Unidades Básicas de Saúde em Santos/SP, sob a responsabilidade da pesquisadora Alexia Lara Lacet Fireman Coelho, a qual pretende avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo nas Unidades Básicas de Saúde de Santos/SP, considerando aspectos de saúde física, mental e social. Sua participação é voluntária e se dará por meio da aplicação de questionários. A aplicação ocorrerá em ambiente reservado nas UBS, garantindo conforto e privacidade para os participantes. O preenchimento do questionário será acompanhado por um pesquisador treinado, que estará disponível para esclarecer dúvidas e garantir a consistência das respostas. Os riscos da pesquisa estão relacionados à possível exposição de informações pessoais e desconforto ao responder algumas perguntas sobre sua qualidade de vida. Caso o participante se sinta desconfortável em algum momento, ele poderá interromper a entrevista sem qualquer prejuízo. Se o/a Sr(a) aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para fornecer evidências que possam subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes, contribuindo para promover um envelhecimento digno e participativo, alinhando com a necessidade e a especificidade da população idosa. Se depois de consentir a sua participação o/a Sr.(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O/a Sr(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, caso o/a Sr.(a) tenha alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido pelo pesquisador/a responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, uma vez que será guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no seguinte endereço: Rua Ceará, nº 11, CEP 11010-900, Bairro Pompéia, pelo telefone (82) 994292401, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, Campus D. Idílio José Soares, Prédio Administrativo, sala 202, Av. Conselheiro Nébias, 300 - Vila Mathias. Telefone (13) 3205-5555 ramal 1254, email: comet@unisantos.br.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informado sobre o que o/a pesquisador/a quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias originais, as quais serão assinadas por mim e pelo/a pesquisador/a, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura ou impressão datiloscópica do/da participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador responsável

Data: ____/____/____

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SANTOS - UNISANTOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ENVELHECIMENTO ATIVO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA DE SANTOS/SP

Pesquisador: Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86888925.0.0000.5536

Instituição Proponente: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.473.251

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa da aluna ALEXIA LARA LACET FIREMAN COELHO denomina-se ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ENVELHECIMENTO ATIVO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA DE SANTOS/SP.

Integra o programa de mestrado em SAÚDE COLETIVA da Universidade Católica de Santos, sendo orientadora a Profa.Dra. Ysabelly Pamplona.

A Prefeitura Municipal de Santos, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde de Santos é coparticipante nesta pesquisa. O Termo de Anuência Institucional do Departamento de ADEAPS

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3205-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS



Continuação do Parecer: 7.473.251

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo Primário é avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos participantes dos programas de envelhecimento ativo nas Unidades Básicas de Saúde de Santos/SP, considerando aspectos de saúde física, mental e social.

Apresenta ainda, os objetivos específicos:

- a. Avaliar os efeitos dos programas de envelhecimento ativo sobre a saúde física, mental e social dos idosos participantes.
- b. Comparar os resultados dos programas de envelhecimento ativo entre diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Santos/SP.
- c. Investigar a relação entre a frequência de participação nos programas e as melhorias percebidas na qualidade de vida dos idosos.

O desenho relatado justifica que o envelhecimento populacional no Brasil apresenta desafios crescentes para a saúde pública, exigindo estratégias eficazes para promover um envelhecimento ativo.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenham um papel fundamental ao oferecer programas voltados à melhoria da qualidade de vida da população idosa, por meio de atividades físicas, sociais e culturais.

Argumenta ainda que há a necessidade de avaliar o impacto dessas ações na saúde física, mental e social dos idosos, a fim de otimizar os serviços prestados e subsidiar políticas públicas mais eficazes.

Trata-se, portanto, de um estudo descritivo, quantitativo e transversal, sendo a população-alvo, formada por 48 indivíduos, acompanhados pelas equipes de saúde de três UBS selecionadas em Santos/SP.

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202
 Bairro: Vila Mathias CEP: 11.015-002
 UF: SP Município: SANTOS
 Telefone: (13)3205-1254 Fax: (13)3205-5555 E-mail: comet@unisantos.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS



Continuação do Parecer: 7.473.251

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Critério de Inclusão:

Idosos com idade igual ou superior a 60 anos; participação regular nos programas de envelhecimento ativo oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas; capacidade cognitiva suficiente para compreender e responder ao questionário SF-36; e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critério de Exclusão:

Idosos com transtornos mentais graves diagnosticados que impeçam a participação na pesquisa; indivíduos com limitações físicas severas que impossibilitem o preenchimento do questionário, mesmo com auxílio; participantes que não concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e idosos que, no momento da aplicação do questionário, apresentem dificuldades de comunicação que comprometam a coleta de dados.

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes. Os possíveis riscos incluem desconforto emocional e psicológico, pois o questionário pode levar os idosos a refletirem sobre sua saúde e qualidade de vida, o que pode gerar sentimentos de insatisfação. Além disso, há um risco associado à exposição de informações pessoais sobre saúde e bem-estar, o que pode gerar preocupações com privacidade.

Para minimizar esses riscos, serão adotadas medidas de proteção, incluindo a garantia de sigilo e confidencialidade dos dados, que serão anonimizados e armazenados em ambiente seguro, acessível apenas à equipe de pesquisa.

Benefícios:

A pesquisa contribuirá para a compreensão dos impactos dos programas de promoção do envelhecimento ativo oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na qualidade de vida da população idosa. Os resultados obtidos poderão subsidiar a formulação e aprimoramento de políticas públicas voltadas à saúde do idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A amostra será composta por idosos atendidos em três UBS de Santos/SP, selecionados de

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202
Bairro: Vila Mathias CEP: 11.015-002
UF: SP Município: SANTOS
Telefone: (13)3205-1254 Fax: (13)3205-5555 E-mail: comet@unisantos.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SANTOS - UNISANTOS**



Continuação do Parecer: 7.473.251

forma aleatória entre os participantes dos programas de envelhecimento ativo dessas unidades.

A coleta de dados será realizada por meio da aplicação presencial do questionário SF-36 (Short Form Health Survey), instrumento amplamente validado para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.

O preenchimento ocorrerá em ambiente reservado nas UBS, garantindo conforto e privacidade aos participantes. Um pesquisador treinado acompanhará a aplicação para esclarecer dúvidas e garantir a consistência das respostas.

Após a apresentação do TCLE, o idoso que aceitar participar da pesquisa, deverá responder as perguntas, que estão incluídas no Projeto Final, organizadas em dados demográficos (Apêndice A) e as questões da versão brasileira do questionário SF-36 (Short Form Health Survey) (Apêndice B).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados atendem à legislação vigente.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante da análise, sugere-se a Aprovação da proposta.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2511008.pdf	07/03/2025 19:55:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.docx	07/03/2025 19:55:18	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
Outros	InstrumentodeColetaDados.docx	07/03/2025 19:53:59	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
Outros	IPECI.pdf	07/03/2025 19:53:43	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala 202
 Bairro: Vila Mathias CEP: 11.015-002
 UF: SP Município: SANTOS
 Telefone: (13)3205-1254 Fax: (13)3205-5555 E-mail: comet@unisantos.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SANTOS - UNISANTOS**



Continuação do Parecer: 7.473.251

Folha de Rosto	folhaDeRostoAlexiaassinada.pdf	07/03/2025 19:53:27	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuencia.pdf	05/03/2025 17:26:41	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/03/2025 17:26:03	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	05/03/2025 17:25:47	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/03/2025 17:25:28	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 28 de Março de 2025

**Assinado por:
MATEUS CATALANI PIRANI
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Conselheiro Nêbias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3205-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

APÊNDICE E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ENVELHECIMENTO ATIVO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA DE SANTOS/SP

Pesquisador: Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86888925.0.3001.0263

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Santos

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.586.016

Apresentação do Projeto:

De acordo com a autora:

Este é um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e transversal, que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo em três das Unidades Básicas de Saúde de Santos/SP, com base em indicadores de saúde física, mental e social.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a autora:

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas idosas participantes dos programas de envelhecimento ativo nas Unidades Básicas de Saúde de Santos/SP, considerando aspectos de saúde física, mental e social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a autora:

O preenchimento do questionário será acompanhado por um pesquisador treinado, que estará disponível para esclarecer dúvidas e garantir a consistência das respostas. Os riscos da pesquisa estão relacionados à possível exposição de informações pessoais e desconforto ao responder algumas perguntas sobre sua qualidade de vida. Caso o participante se sinta desconfortável em algum momento, ele poderá interromper a entrevista sem qualquer

Endereço: Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro

Bairro: Santos

CEP: 11.013-153

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3213-5100

E-mail: pesquisasms@santos.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 7.586.016

prejuízo. As respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para fornecer evidências que possam subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes, contribuindo para promover um envelhecimento digno e participativo, alinhando com a necessidade e a especificidade da população idosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância acadêmica, institucional e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória presentes (TCLE participante e Termo de Consentimento das Unidades participantes)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não identificado nenhum impedimento ético nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução CNS No 466 de 2012, consta na seção XI, itens XI.1 e XI.2.a até XI.2.h, os autores devem apresentar relatórios semestrais e final sobre o desenvolvimento do protocolo. Em caso de interrupção da pesquisa os autores devem justificar, ao sistema CEP/CONEP, os motivos da interrupção do projeto.

Além disso os autores ficam obrigados a desenvolver o projeto conforme delineado, devendo apresentar dados sobre o desenvolvimento do protocolo sempre que solicitado pelo sistema CEP/ CONEP.

Os autores devem manter os dados da pesquisa em arquivo sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, ou de (10) dez anos se houver prescrição de medicações, tratamentos clínicos ou cirúrgicos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2527694.pdf	30/04/2025 16:32:00		Aceito
Outros	PontaPraia.pdf	30/04/2025 16:31:06	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
Outros	CampoGrande.pdf	30/04/2025 16:30:49	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
Outros	VilaMathias.pdf	30/04/2025	Ysabely de Aguiar	Aceito

Endereço: Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro

Bairro: Santos

CEP: 11.013-153

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3213-5100

E-mail: pesquisasms@santos.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SANTOS - SMS



Continuação do Parecer: 7.586.016

Outros	VilaMathias.pdf	16:30:36	Pontes Pamplona	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	30/04/2025 16:29:32	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal2.docx	30/04/2025 16:28:53	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	25/04/2025 18:26:06	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.docx	07/03/2025 19:55:18	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
Outros	InstrumentodeColetaDados.docx	07/03/2025 19:53:59	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
Outros	IPECI.pdf	07/03/2025 19:53:43	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/03/2025 17:25:28	Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 22 de Maio de 2025

Assinado por:
RUBENS GOULART PANICO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro

Bairro: Santos

CEP: 11.013-153

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3213-5100

E-mail: pesquisasms@santos.sp.gov.br