



ARTIGO ORIGINAL

DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO: IMPACTOS DO COMPORTAMENTO E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS

Rayssa Julliane de Carvalho¹, Ana Carla de Arruda Pessoa², Elysa Sthephannya Dobrões Vilhena³, Luma Gabrielle de Queiroz Araújo⁴, Rachel Cavalcanti Fonseca⁵, Fabiana Medeiros de Brito⁶, Lara de Sá Neves Loureiro⁷

RESUMO

Objetivo: investigar os determinantes comportamentais e dos serviços de saúde relacionados ao processo de envelhecimento ativo. **Método:** trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória com abordagem qualitativa, realizada em um centro de atenção à pessoa idosa localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba. Os idosos foram entrevistados após responderem a um teste de cognição Mini Exame do Estado Mental. Os dados foram analisados quanto à duas categorias relevantes: “Determinantes comportamentais e suas consequências para o envelhecimento ativo” e “Envelhecimento ativo e serviços de saúde: limites e desafios”. **Resultados:** os participantes da pesquisa eram majoritariamente (90%) do sexo feminino, com idade média de 74 anos. Os entrevistados apontaram relevantes determinantes que impactam negativamente a sua qualidade de vida, como a polifarmácia, o constante esquecimento e a falta de orientações quanto às suas medicações e o tabagismo. Acerca dos desafios do envelhecimento ativo em relação aos serviços de saúde, observou-se a ausência do cuidado por meio das visitas domiciliares e a escassez da oferta de medicamentos disponibilizados pelos serviços de saúde. **Conclusão:** a adoção de comportamentos saudáveis e a superação dos desafios associados ao envelhecimento ativo e aos serviços de saúde são essenciais para promover um envelhecimento ativo e saudável.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Idoso; Qualidade de vida; Senescência.

ABSTRACT

Objective: to investigate the behavioral and health service determinants related to the active aging process. **Method:** this is an exploratory research with a qualitative approach, carried out in an elderly care center located in the city of João Pessoa, Paraíba. The elderly were interviewed after completing a Mini Mental State Examination cognition test. The data were analyzed according to two relevant categories: “Behavioral determinants and their consequences for active aging” and “Active aging and health services: limits and challenges”. **Results:** the research participants were mostly (90%) female, with an average age of 74 years. Respondents pointed out relevant determinants that impact their quality of life, such as polypharmacy, constant forgetfulness and lack of guidance regarding their medications and smoking. Regarding the challenges of active aging in relation to health services, it was observed that there is a lack of care through home visits and, also, the scarcity of the supply of medicines made available by health services. **Conclusion:** adopting healthy behaviors and overcoming the challenges associated with active aging and health services are essential steps to promote active and healthy aging.

Keywords: Aged; Aging; Comprehensive Health Care; Quality of Life.

1, 2, 3, 4. Discente de Medicina da Afya – Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Cabedelo, PB, Brasil.

5, 6, 7. Docente de Medicina da Afya – Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Cabedelo, PB, Brasil.

1. INTRODUÇÃO

Transformações demográficas e epidemiológicas estão ocorrendo no Brasil. Observam-se mudanças, como a transição epidemiológica, na qual a mortalidade predomina-se entre os mais velhos (Oliveira, 2020), bem como a redução da população abaixo de 15 anos e aumento daqueles com mais de 65 anos, o que deverá levar as modificações nas políticas públicas, pois resultará no aumento das aposentadorias e menos arrecadações para o sistema previdenciário (Souza; Silva; Barros, 2021). Assim, após passar por anos sucessivos de crescimento populacional, o país vem registrando decréscimo na taxa de natalidade e de mortalidade e, juntos, esses dois componentes intensificam o processo de envelhecimento populacional (Oliveira, 2020).

O processo de envelhecimento inicia-se desde o nascimento, sendo um período contínuo de alterações multidimensionais nos âmbitos comportamentais, fisiológicos, psicológicos, ambientais, físicos, sociais e biológicos. Ao fim, o processo de envelhecimento, naturalmente, resulta no estado de senilidade, marcado por novas demandas e critérios para se atingir um bem estar integral (Freitas, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2005 a perspectiva de envelhecimento ativo (EA) em razão do aprimoramento e da busca de melhor estado de saúde, além da necessidade de atenção à população idosa (Organização Mundial de Saúde, 2005). A palavra “ativo” é usada não apenas para designar a capacidade física ativa, mas também, a atuação do idoso na família e na sociedade (Organização Mundial de Saúde, 2005; China et al., 2021). Observa-se a importância desse processo por meio da melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo com a otimização da saúde, participação e segurança (Souza; Silva; Barros, 2021). Com isso, é necessário desenvolver a prevenção e o controle de doenças, autocuidado através da manutenção de uma alimentação balanceada,

atividade física moderada e sono regular, e a memória do idoso (China et al., 2021).

De acordo com a OMS, o EA é influenciado por vários determinantes que envolvem os indivíduos, as famílias e as nações. Esses determinantes são fatores relacionados à cultura e sexo; fatores pessoais; fatores comportamentais; fatores sociais; fatores econômicos; ambiente físico; serviços sociais e saúde. Os valores e as tradições culturais determinam o modo como os idosos são vistos pela sociedade no seu processo de envelhecimento. Quanto ao sexo, é importante a promoção da igualdade e a análise de fatores de risco que ocorrem com mais frequência em um determinado sexo, a exemplo do maior uso de álcool e tabaco pelos homens (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Os fatores pessoais, por sua vez, que englobam os fatores biológicos e genéticos, influenciam significativamente o processo de envelhecimento e levam em consideração as capacidades funcionais e cognitivas essenciais para a manutenção da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida. Já os fatores comportamentais, relacionam-se aos hábitos de vida saudáveis para prevenção do declínio funcional e para melhora da qualidade de vida (Organização Mundial de Saúde, 2002; Azevedo; Riscado; Maia, 2022).

Acerca dos determinantes mais extrínsecos aos idosos, os mesmos autores ainda acrescentam que existem os fatores sociais, que incluem aspectos como isolamento social, educação/alfabetização, violência e maus-tratos, e os fatores econômicos, que ditam acerca da vulnerabilidade para enfrentar um risco aumentado de problemas de saúde e incapacidades. Outro determinante do EA é o ambiente físico do idoso, ou seja, seu domicílio e região onde vive. Esses devem ser seguros e adaptados de forma que o idoso consiga manter sua independência e sua participação na comunidade e na vida familiar (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Os aspectos relacionados com os serviços de saúde e o serviço social abrangem promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidados a longo prazo e os serviços curativos e de saúde mental. Dessa forma, os idosos

terão os cuidados de saúde primários, atenção ao desenvolvimento de doenças na medida que envelhecem e a promoção de qualidade de vida daqueles com dificuldades de efetuar suas atividades de vida diária, além de serviços de atenção à saúde mental, visando identificar precocemente sinais de depressão ou de outras doenças mentais Organização Mundial de Saúde, 2002; Azevedo; Riscado; Maia, 2022).

Diante do exposto, ressalta-se que o envelhecimento ativo é caracterizado como uma estratégia imprescindível no sentido de proporcionar ao idoso um viver com bem estar e qualidade de vida, favorecendo sua autonomia e independência. Tendo em vista a subjetividade da identificação de seus determinantes, e ainda, a incipiência de pesquisas relacionadas à temática, o presente estudo teve como objetivo investigar os determinantes comportamentais e dos serviços de saúde relacionados ao processo de envelhecimento ativo.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo exploratória, de natureza qualitativa. O cenário da investigação consistiu um centro de atenção à pessoa idosa, localizado em João Pessoa-PB, Brasil.

Os participantes da pesquisa, 10 pessoas idosas, foram selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão: pessoas idosas de ambos os sexos, em atividades no local durante o momento de coleta de dados e com disponibilidade e interesse para participar da pesquisa e sem déficit cognitivo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Avaliou-se a capacidade cognitiva para responder aos questionamentos do estudo após a aplicação do teste de cognição *Mini Exame do Estado Mental* (MEEM), com o resultado acima de 26 para os idosos completamente alfabetizados, 18 aos que tiveram até 7 anos de estudo e 13 para os analfabetos, conforme estudos publicados (Bertolucci et al., 1994).

A coleta de dados ocorreu durante o período de agosto de 2022 e somente foi

iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, conforme processo nº 5.359.236 e CAAE 22773319.8.0000.5178 de 20 de abril de 2022, obedecendo às diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para a obtenção do material empírico, foi utilizado um roteiro de entrevista com questões pertinentes aos objetivos propostos para a pesquisa.

Convém mencionar que, para manter o anonimato dos idosos inseridos no estudo, os depoimentos oriundos das entrevistas foram identificados pela sigla “I”, seguido de números de um a nove. Exemplo: o primeiro idoso entrevistado foi codificado da seguinte maneira: “I.1”; o segundo profissional, “I.2” e assim por diante. Destaca-se ainda que as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

Os dados obtidos através dos instrumentos propostos foram sistematizados qualitativamente, mediante a análise de conteúdo proposta por Bardin, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 2011).

Nesse estudo, essa técnica realizou-se por meio dos seguintes passos: pré-análise, que consistiu em organizar os dados coletados por meio dos formulários; exploração do material, identificando-se os pontos relevantes de cada questão, com seus respectivos pontos convergentes de acordo com o seu foco comum para, depois, agrupá-los em categorias e tratar os resultados, momento em que foram abordadas as inferências e as interpretações (Bardin, 2011).

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O aumento da expectativa de vida pode ser compreendido como um indicador que reflete a melhoria do estado de saúde da população, indicando o aumento do número de anos que se espera viver

(Guimarães; Andrade, 2020). No Brasil, em 2022, a população idosa, ou seja, com 60 anos ou mais de idade, corresponde a 32.113.490 (15,6%), um aumento de 56,0% em relação ao ano de 2010, quando era de 20.590.597 (10,8%). Enquanto que o total de crianças com até 14 anos de idade recuou de 45.932.294 (24,1%) em 2010 para 40.129.261 (19,8%) em 2022, o que corresponde a uma queda de 12,6% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023).

A perspectiva de “envelhecimento ativo” destaca a importância dos determinantes sociais no envelhecimento, a exemplo do acesso à saúde, segurança e participação comunitária, como influenciadores do aumento da qualidade de vida e da redução de doenças, com consequente aumento da expectativa de vida. Dessa forma, com a melhora de condições negativas ao envelhecimento saudável e ativo, consegue-se a redução da existência de comorbidades e de taxas de mortalidade precoce na velhice, favorecendo o envelhecimento ativo e o alcance da qualidade de vida (Forner; Alves, 2020).

A abordagem do envelhecimento é complexa e contempla aspectos socioculturais, políticos e econômicos interligados entre si e com questões de ordem biológica e subjetiva. No que se refere a caracterização dos participantes, destaca-se que, quanto à idade, observou-se prevalência da faixa etária entre 70 e 79 anos, uma média de 74 anos. Ademais, averiguou-se que, em relação ao sexo, 90% dos entrevistados eram do sexo feminino e, quanto à situação conjugal, 50% eram casadas e 20% viúvas.

No que tange ao gênero, de maneira geral, a expectativa de vida de mulheres idosas é maior do que a dos homens idosos (Forner; Alves, 2020). Segundo Maximiano-Barreto et al., (2019) em muitos lugares do mundo, as mulheres constituem a maior parte da população idosa e, mesmo sendo mais frequentemente acometida por uma série de comorbidades, segundo estimativas, as mulheres vivem cerca de cinco a sete anos a mais que os homens idosos.

Essa maior expectativa de vida das mulheres pode ser devido às suas concepções

de cuidado. As mulheres são, geralmente, mais cuidadosas com a saúde, são mais adeptas a hábitos de vida saudáveis, a relacionamentos interpessoais e às consultas médicas, já que elas vivenciam alterações fisiológicas importantes, como as hormonais, que geram grande impacto na sua qualidade de vida. Ademais, os homens não se consideram protagonistas do seu cuidado e não valorizam comportamentos e medidas que podem contribuir para melhorias na sua qualidade de vida (Rocha et al., 2019).

Evidencia-se o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) na população idosa, e isso implica significativamente na redução da qualidade de vida desse grupo (Oliveira, 2020). Entre os idosos suscetíveis a problemas de saúde, as mulheres são maioria. Os estudos relatam que a prevalência de DCNTs é maior na população idosa feminina. Os principais tipos de DCNT são as doenças cardiovasculares (acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio), diabetes, neoplasias, doenças respiratórias crônicas (doença pulmonar obstrutiva crônica e a asma) (Ribeiro et al., 2020; Melo et al., 2023).

Silva et al. (2020) realizaram um estudo transversal em que associou a menor qualidade de vida da mulher a sua maior longevidade quando comparada com a dos homens. Os autores relataram que as mulheres idosas são mais vulneráveis ao aparecimento de doenças crônicas, incapacidades e depressão. Salienta-se, ainda, que as condições de saúde das mulheres podem ser reflexo de condições sociais, culturais e econômicas desiguais, observadas em vários momentos durante a vida (Camargos et al., 2019).

A partir da análise temática emergiram duas categorias relevantes: “Determinantes comportamentais e suas consequências para o envelhecimento ativo” e “Envelhecimento ativo e serviços de saúde: limites e desafios”.

Categoria I – Determinantes comportamentais e suas consequências para o envelhecimento ativo

Sabe-se que a principal função dos medicamentos está na cura ou tratamento de enfermidades, sendo eles uma ferramenta

importante na manutenção da saúde dos idosos. Porém, várias complicações podem ser observadas pelo uso simultâneo de vários fármacos, principalmente nesse grupo de pessoas, no qual as chances de reações adversas são maiores (Marques, 2020). A respeito disso, observou-se que os idosos entrevistados apontaram relevantes determinantes que impactam na sua qualidade de vida, como evidenciam os relatos a seguir:

[...]A noite eu tomo depois do jantar meus medicamentos para diabetes e hipertensão. E quando vou dormir tomo um omeprazol pra o estômago. E quando tô com dor tomo torsilax (P1).

Eu tomo minhas medicações diariamente, e a noite eu tomo remédio pra dormir porque eu não consigo dormir sem remédio pra dor depois da cirurgia do coração. Vivo esquecendo o nome deles (P4).

De manhã eu me acordo e tomo medicações em jejum. Aí como e de 8 e pouco tomo [...] para pressão e depois do almoço tomo outro. Agora eu tô tomando um suplemento [...]. E de noite tem mais medicações [...]. (P5)

A polifarmácia, uso de quatro ou mais medicamentos ao mesmo tempo (World Health Organization, 2017), é especialmente comum entre idosos com comorbidades (Pinto et al., 2022). No Brasil, a prevalência de polifarmácia em idosos encontra-se entre 18% e 42,5% (Bongiovani et al., 2021).

Quanto maior é o número de fármacos utilizados, maior é o risco de acontecimentos adversos (Oliveira et al., 2021). Além de dificultar a administração e a adesão ao tratamento, a polifarmácia está associada a maiores riscos de fraturas, queda, hospitalizações, má nutrição, pneumonia, hipoglicemia e mortalidade, além de gerar gastos significativos com saúde familiar e social (Silva; Silva, 2022).

A polifarmácia tornou-se uma epidemia entre os idosos e sua ocorrência se deve principalmente à prevalência de doenças crônicas (Lemos et al., 2023). De acordo com Souza et al. (2022), a polimedicação é um dos fatores preditores da vulnerabilidade da população idosa, aliado a idade, nível de escolaridade, atividade física e comorbidades,

como a hipertensão e a diabetes mellitus. Ademais, a automedicação é uma prática comum e também considerada um fator agravante para manutenção da saúde do idoso, uma vez que pode acarretar interações farmacológicas e efeitos colaterais negativos (Silva; Silva, 2022).

De acordo com Becker e Grandó (2022), a automedicação pode ser usada com responsabilidade no tratamento de sintomas leves, porém deve-se evitar a combinação com polifarmácia já prescrita. As autoras enfatizam a importância de o idoso informar ao médico o uso de medicamentos por conta própria, incluindo medicamentos fitoterápicos.

Ademais, vale salientar os relatos abaixo, que se referem ao esquecimento, falta de orientações sobre a tomada de medicações prescritas, horários, posologia, entre outros:

[...]Eu tomo remédio de pressão e colesterol. [...] Mas assim decorado eu não sei os nomes, porque eu não sei ler. Como moro só, toda vez eu venho aqui eu trago, perguntado as pessoas. Esqueço de tomar as vezes [...]. (P5)

[...] um remédio sei que é pra ansiedade, já os outros não sei. (P6)

Diminuição do estado cognitivo do idoso, necessidade de maior atenção, perda de acuidade visual e da capacidade de manusear as embalagens dos medicamentos, bem como os problemas relacionados à memória e à organização dos horários de administração, podem ser fatores complicadores à utilização correta dos medicamentos. Tais dificuldades podem causar a falta de adesão ao tratamento e também colaborar com erros na administração dos medicamentos, facilitando a ocorrência de resultados clínicos não satisfatórios, reações adversas e interações medicamentosas (Guttier et al., 2023).

Além do processo natural de envelhecimento, os principais fatores de risco associados a mortalidade por DCNTs são o uso de álcool, o tabagismo e a inatividade física (World Health Organization, 2022). Portanto, tais fatores podem impactar diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa e conseqüentemente na evolução do processo de envelhecimento ativo:

Eu já fumei muito. Comecei acendendo cigarro com meu pai quando eu tinha 14 ou 15 anos. Parei há 10 anos. Até hoje sofro as consequências. Fico muito cansada [...](P6)

Eu fui casada com um fumante. Mas tem 20 e poucos anos que eu me separei. Esse tempo todo me fez mal, mas nunca fumei. (P9)

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo, sendo responsável por cerca de 8 milhões de óbitos - 7 milhões dessas mortes são devido ao uso direto e 1 milhão são de fumantes passivos. A prevalência do tabagismo no grupo de indivíduos entre 55-64 anos reduziu de 40,1% em 2000 para 24,8% em 2020. No grupo de 65-74 anos, a prevalência reduziu 34% em 2000 para 22,7% em 2020 e no grupo de 75-84 anos a redução foi de 27,1% para 18%. Já nos indivíduos com 85 anos e mais, foi de 18,9% para 12,7% (World Health Organization, 2021).

Observa-se um declínio da prevalência do tabagismo entre a população mais velha, porém os percentuais ainda estão elevados, o que gera preocupação. É importante ressaltar que as pessoas desse grupo apresentam maior dificuldade em largar o hábito de fumar, o que é um para as políticas de saúde pública de combate ao tabagismo (Mahmud et al., 2021).

Dentre os hábitos de estilo de vida, o de fumar é o que possui maior associação com o risco de contrair pelo menos uma DCNT, principalmente as doenças cardiovasculares e as doenças respiratórias crônicas, em que a DPOC é o principal causador (Fernandes; Teixeira; Kock, 2023). O tabagismo está associado a 80-85% dos casos de câncer de pulmão em mulheres e 90% em homens (Egger et al., 2023). O tabagismo passivo, forma de inalação das substâncias do tabaco de forma ambiental por um indivíduo não tabagista, também está relacionado com o desenvolvimento de doenças sistêmicas e pneumopatias, sendo também considerado um fator de risco estabelecido para câncer de pulmão (Abdelrahmano, 2020).

Categoria II - Envelhecimento ativo e serviços de saúde: limites e desafios

O envelhecimento ativo visa aumentar a expectativa de vida ativa, independentemente da idade, com qualidade e funcionalidade preservada. Dessa forma, as ações educativas e promotoras de saúde são desenvolvidas no âmbito da atenção básica com o intuito de propiciar uma senilidade sadia reduzindo possíveis danos e riscos por meio do conhecimento (Derhun et al., 2022).

As oficinas e a formação dos grupos de apoio são técnicas muito utilizadas e realizadas de forma frutífera para a população-alvo sendo possível o compartilhamento de vivências pessoais, sugestões sobre hábitos saudáveis e atividades físicas, entre outros. Essas atividades objetivam a troca de saberes entre profissionais e população, como recomendado pela educação popular, além de proporcionar autonomia, independência, funcionalidade e qualidade de vida nas pessoas participantes (Souza; Silva; Barros, 2021).

Diante da busca ativa dos idosos, é importante ressaltar a atuação da visita domiciliar (VD), a qual objetiva a produção do cuidado integral em saúde, de modo a melhorar as condições e a qualidade de vida das pessoas por meio do exercício da escuta e do apoio, além da corresponsabilização do cuidado e no respeito à autonomia (Quirino et al., 2020). Consiste em uma das responsabilidades da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pode ser programada ou voltada ao atendimento de demandas espontâneas, com base em critérios epidemiológicos e estratificação de risco da população adscrita.

É válido pontuar que as VD auxiliam na captação de usuários com fatores de risco ou dificuldades em ir até a USF mais próxima, além de ser uma maneira de aproximar a comunidade e diminuir os impedimentos sociais em receber um atendimento adequado (Placideli et al., 2020).

A VD envolve, além do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a cooperação multiprofissional no contexto domiciliar, na conjuntura familiar, sobre os vários fatores que interferem no processo saúde-doença, consentindo desta forma a procura de soluções realizadas de maneira conjunta que articulem os conhecimentos e as

práticas profissionais com o intuito de sugerir planos de ações terapêuticos nos mais variados contextos em que estão inseridos. Assim, a VD é uma atividade norteada pelos princípios da integralidade, promoção da saúde, longitudinalidade e continuidade na prestação da assistência à saúde (Gomes et al., 2021).

Considerando a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças, dentre outros serviços de saúde que podem ser oferecidos pela atenção básica, a VD representa uma grande estratégia para a criação de vínculos e detecção de necessidades prioritárias, que impactam na qualidade de vida e no processo de envelhecimento ativo. Nessa linha de pensamento, merecem destaque alguns depoimentos dos participantes a seguir:

[...] visita na minha casa, já foram na outra gestão, hoje em dia não recebo. Quando tem alguma coisa na unidade a gente vai. (P2)

Eu tenho plano de saúde graças a Deus. Mas sempre que é época de campanha das vacinas eles vão. É sempre uma enfermeira [...] (P3)

Não recebo visita domiciliar porque é área descoberta. (P9)

[...] Não, passava antes da pandemia, e médico só passa se for acamado [...] (P10)

Observa-se, de acordo com os relatos, algumas dificuldades de profissionais da Saúde da Família no planejamento e na realização de visitas domiciliares. Tendo em vista que, geralmente, os agentes comunitários de saúde que se responsabilizam por traçar as populações alvo, discutir estratégias efetivas de busca ativa e sobre o acesso às áreas difíceis. Apesar disso, existe o empecilho também quando não há união de toda equipe multiprofissional, apenas com essa troca de áreas pode-se realizar o cuidado integral dos idosos (Quirino et al., 2020).

Evidenciou-se que as visitas domiciliares não ocorrem conforme o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Apesar da alta cobertura populacional da ESF na maioria dos municípios, não é garantida a quantidade mínima de visitas domiciliares. A ausência

desta atividade pode representar uma problemática para a atenção à saúde das pessoas, principalmente em se tratando dos idosos que são os principais beneficiários dessa ação fora da unidade, haja vista suas possíveis limitações de deslocamento. Desse modo, a sazonalidade das visitas, em vez de realizar sob demanda extrema providência, além de prevenção das patologias, proporciona um acompanhamento e cuidado mais efetivo (Garcia et al., 2019).

Com isso, apesar da realidade falha, é importante saber que a assiduidade contínua dos encontros implica em uma ação conjunta dos profissionais da ESF junto ao indivíduo/família. Tal ação, além de estimular o compartilhamento de experiências, integra o processo de educação em saúde e, portanto, exige dos profissionais de saúde conhecimentos abrangentes para além dos aspectos clínicos e fisiopatológicos, sendo possível conhecer o ser humano em suas peculiaridades e multidimensionalidade. Logo, os profissionais devem atuar como cidadãos coadjuvantes no processo de transformação da realidade, por intervenção do comprometimento com a saúde e, assim, garantir a qualidade de vida dos usuários e da comunidade (Gomes et al., 2021).

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui o dever de ofertar medicamentos aos seus usuários que sejam essenciais no intuito de reduzir a negligência de patologias ou o abandono de tratamentos. Todas as medicações são listadas na Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME). Dentre as inúmeras classes que visam auxiliar nos planos terapêuticos, destaca-se os: anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, insulina, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, estabilizadores de humor, ansiolíticos, psicotrópicos variados, calmantes, laxantes, analgésicos, protetores gástricos e os anticoncepcionais orais (Freitas, 2016). Todavia, por vezes, ocorre a falta de determinadas classes de medicamentos ou escassez de variações e classes, o que é extremamente danoso para os idosos.

A despeito disso, alguns dos participantes apontaram a necessidade de custear medicamentos necessários para seus tratamentos, como verifica-se a seguir:

Pego no postinho a medicação da pressão. Para articulação e labirintite eu compro (P2).

[...] geralmente quando procuro não tem nada. Porque eu pegava minha medicação lá no postinho, aí começou a faltar e eu comecei a comprar até hoje (P4).

Eu compro. Até o da pressão mesmo eu pego na farmácia mesmo, sem ser do postinho. Que às vezes não tem, aí lá na farmácia eu pego, só pago somente do colesterol. Só a do colesterol, a da pressão mesmo é gratuita (P4).

Diante do exposto, observa-se hábitos sociais danosos, como a polifarmácia e seus riscos de complicação, o abandono familiar, as limitações com tecnologia, a dificuldade de entendimento das instruções, as limitações físicas em buscar atendimento na unidade e a aquisição dos medicamentos via farmácia. Portanto, são grandes dificuldades no processo de influenciar os idosos a vivenciar um envelhecimento ativo.

Acredita-se que estratégias orientadas pelo Ministério da Saúde, como a caderneta da Pessoa Idosa pode contribuir para o cuidado compartilhado entre a equipe, idoso e família, bem como, proporcionar um acompanhamento longitudinal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os determinantes comportamentais desempenham um papel crucial no envelhecimento ativo, moldando diretamente a saúde física, mental e emocional dos idosos. Adotar comportamentos saudáveis tem o potencial de promover uma experiência de envelhecimento mais positiva e sustentável.

Os limites e desafios associados ao envelhecimento ativo e aos serviços de saúde refletem a complexidade inerente de tal processo. A falta de infraestrutura adaptada às necessidades específicas da população idosa, bem como a fragmentação dos cuidados e o descaso quanto as visitas domiciliares são barreiras significativas que dificultam a oferta de uma abordagem holística e centrada na pessoa idosa. A superação dos referidos limites e desafios requer uma abordagem integrada e colaborativa entre os setores de saúde, políticas públicas e comunidades. Investir em treinamento de profissionais de saúde geriátrica, promover a integração de serviços, desenvolver estratégias para aprimorar a acessibilidade e adaptar a infraestrutura de saúde para atender às necessidades específicas dos idosos são passos essenciais para promover um envelhecimento ativo e saudável. Sugere-se, portanto, novas pesquisas a fim de ampliar o olhar para estes determinantes, bem como, o papel da equipe interdisciplinar na promoção do envelhecimento ativo por meio da efetivação das políticas públicas voltadas para a pessoa idosa.

6. REFERÊNCIAS

1. Abdel-rahmano O. Incidence and mortality of lung cancer among never smokers in relationship to secondhand smoking: findings from the PLCO Trial. **Clin Lung Cancer**, v.21, p. 415-420, 2020.
2. Azevedo L, Riscado P, Maia C. A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa da literatura. **HIGEIA**, v.7, n.1, p. 17-27, 2022.
3. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
4. Becker TLA, Grando AC. Automedicação em idosos: uma revisão da literatura. **RBB**, v2, n1, p.77-92, 2022.
5. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq neuropsiquiatr**, v.52, n.1, p. 1-7, 1994.

6. Bongiovani LFLA, Miotto N, Restelatto MTR, Cetolin SF, Beltrame V. Multimorbidade e polifarmácia em idosos residentes na comunidade. **Rev Pesq.**, v.13, n.1, p. 349-354, 2021.
7. Camargos MCS, Gonzaga MR, Costa JV, Bomfim, WC. Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2013. **Ciênc Saúde Colet.**, v.24, n.3, p. 737-747, 2019.
8. China DL, Frank IM, Silva JB, Almeida EB, Silva TBL. Envelhecimento Ativo e Fatores Associados. **Revista Kairós-Gerontologia**, v.24, n.29, p. 141-56, 2021.
9. Derhun FM, Scolari GA de S, Rissardo LK, Salci MA, Llobet MP, Carreira L. Contributions of university activities to active aging: grounded theory. **Rev esc enferm USP**, v.56, n.1, p.1-7, 2022.
10. Egger PAL, Pereira ACF, Barenco BPM, Pereira CAS, Lussari LMC, Moreira LL et al. O risco do tabagismo passivo no desenvolvimento de pneumopatias. **REAMed**, v.23, n.1, p.1-9, 2023.
11. Fernandes LO, Teixeira NW, Kock KS. Relação do tabagismo, inatividade física, consumo de álcool e população idosa com a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis: um estudo ecológico com base de dados mundial. **Res Soc Dev**, v.12, n.3, p.1-12, 2023.
12. Forner FC, Alves CF. Uma revisão de literatura sobre os fatores que contribuem para o envelhecimento ativo na atualidade. **Rev Universo Psi**, v.1, n.1, p.150-174, 2020.
13. Freitas EV. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
14. Garcia MRL, Sacramento DS, Oliveira HM, Gonçalves MJF. Home visits of the nurse and its relationship with hospitalization by diseases sensitive to primary health care. **Esc Anna Nery**, v.23, n.2, p.1-9, 2019.
15. Gomes RM, Campos JF, Costa AMG, Martins RMG, Rocha RPB, Faustino RS, et al. A visita domiciliar como ferramenta promotora de cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Res Soc Dev.**, v.10, n2, p. 1-11, 2021.
16. Guimarães RM, Andrade FCD. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Bras Estud Pop**, v.37, n.1, p.1-15, 2020.
17. Guttier MC, Silveira MPT, Tavares NUL, Krause MC, Bielemann RM, Gonzalez MC, et al. Dificuldades no uso de medicamentos por idosos acompanhados em uma coorte do Sul do Brasil. **Rev bras epidemiol**, v.15, n.4, p.1-9, 2023.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**, 2023.
19. Lemos AS, Suarta MW, Huszcz GB, Rodrigues CG, Rocha EQ, Silva BM et al. Incidência da polifarmácia em idosos com doenças crônicas. **REAS**, v.23, n.2, p.1-9, 2023.
20. Mahmud IC, Lerner ER, Giergowicz FB, Emmanouilidis J, Spengler RCB, Schneider RH. Tabagismo em idosos: uma revisão integrativa. **Sci Med**, v.31, n.1, p.1-15, 2021.

21. Marques PDP, Assumpção D, Rezende R, Neri AL. Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibra. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.22, n.8, p. 1-13, 2020.
22. Maximiano-Barreto MA, Andrade L, Campos LB, Portes FA, Generoso FK. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas Humanas e Sociais**, v.8, n.2, p. 239-52, 2019.
23. Melo MTB, Santana GBA, Silva LC, Neves LMB, Souza CDF, Rodrigues AKBF. Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosos do Nordeste: uma revisão integrativa. **Diversity J.**, v.8, n.1, p. 431-444, 2023.
24. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia**, v.15, n.31, p. 69-79, 2020.
25. Oliveira PC, Silveira MR, Ceccato MGB, Reis AMM, Pinto IVL, Reis EA. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciênc Saúde Colet.**, v.26, n.4, p. 1553-1564, 2021.
26. Organização Mundial de Saúde. **Active ageing: A policy framework**. 2002.
27. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 60, 2005.
28. Pinto ECP, Silva AMR, Cabrera MAS, Baldoni AO, Alfieri DF, Andrade GF et al. O uso de fármacos anticolinérgicos e fatores associados em adultos de meia-idade e idosos. **Ciênc Saúde Colet.**, v.27, n.6, p. 2279-90, 2022.
29. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PA, Carrapato JLF, Sanine PR, et al. Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. **Rev Saúde Pública**, v.54, n.6, p.1-14, 2020.
30. Quirino TRL, Jucá AL, Da Rocha LP, Cruz MSS, Vieira SG. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista Sustinere**, v.8, n.1, p. 253-273, 2020.
31. Ribeiro D, Calixto DM, Silva LL, Alves RPCN, Carvalho Souza LM. Prevalência de diabetes mellitus e hipertensão em idosos. **Rev Artigos.Com**, v.14, n.1, p.1-6, 2020.
32. Rocha MDHA, Sousa MIB, Cavalcante PAM, Rocha PFA, Santos SCC, Mariano WS. Saúde da mulher e do homem idoso na contemporaneidade: abordagens fisiológicas e sociais. **J Business Techn**, v.1, n11, p. 72-80, 2019.
33. Silva AF, Silva JP. Polifarmácia, automedicação e uso de medicamentos potencialmente inapropriados: causa de intoxicações em idosos. **Rev Méd Minas Gerais**, v.32, n.1, p.1-7, 2022.
34. Silva IR, Giatti L, Chor D, Fonseca MJM, Mengue SS, Acurcio FA et al. Polypharmacy, socioeconomic indicators and number of diseases: results from ELSA-Brasil. **Rev Bras Epidemiol.**, v.23, n.1, p. 1-15, 2020.
35. Sousa CR, Coutinho JFV, Freire Neto JB, Barbosa RGB, Marques MB, Diniz JL. Factors associated with vulnerability and fragility in the elderly: a cross-sectional study. **Rev Bras Enferm**, v.75, n.2, p.1-9, 2022.

36. Souza EM, Silva DPP, Barros AS. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 26, n.4, p. 1355-1368, 2021.
37. World Health Organization. **Global Health Observatory Data Repository**. 2022.