

---

Henrique Batista Araujo Santos  
USF Dr. Hélio Martins Coelho - Jardim Batistão

Artigo Original  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

---

Campo Grande - MS  
2024/2026

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE SESAU/FIOCRUZ**

**HENRIQUE BATISTA ARAUJO SANTOS**

**Associação entre escolaridade e saúde da pessoa idosa:  
perspectivas na Atenção Primária à Saúde.**

**CAMPO GRANDE - MS**

**2026**

**Associação entre escolaridade e saúde da pessoa idosa:  
perspectivas na Atenção Primária à Saúde**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador: Ubirajara José Picanço de Miranda Junior

**CAMPO GRANDE - MS**

**2026**

Declarações - RBMFC

**Título do Artigo:** Associação entre escolaridade e saúde da pessoa idosa: perspectivas na Atenção Primária à Saúde

**1. Contribuição dos Autores:**

- Autor 1: Henrique Batista Araujo Santos: Concepção e projeto do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito.

- Autor 2: Ubirajara José Picanço de Miranda Junior: Revisão crítica relevante do manuscrito e de seu conteúdo intelectual.

Nota: Todos os autores declaram ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho.

**2. Conflitos de Interesse**

Os autores declaram não haver conflitos de interesse financeiros ou de outra natureza relacionados ao manuscrito submetido.

**3. Agradecimentos e Fontes de Financiamento**

Este estudo não contou com qualquer financiamento externo para a sua realização.

Agradecimentos: Agradeço à Deus e por conseguinte à residência de Saúde da Família que me deu campo de inspiração para a realização deste estudo; ao meu orientador neste trabalho, "paifessor", amigo e parceiro de batalha na APS; aos meus avaliadores pelas contribuições de melhoria pelas críticas manifestadas.

**Associação entre escolaridade e saúde da pessoa idosa: perspectivas na Atenção Primária à Saúde.**

**Asociación entre escolaridad y salud de la persona mayor: perspectivas en la Atención Primaria de Salud.**

**Association between educational level and older adults' health: perspectives in Primary Health Care.**

40

**RESUMO**

**Introdução:** O foco deste estudo é a população idosa, que no Brasil corresponde hoje a 15% da população total. O IBGE projeta que na próxima década de 40 ela alcance os 25% da população total. A relevância deste estudo reside na provocação sobre como a escolaridade pode gerar desigualdades e afetar direta ou indiretamente a saúde da pessoa idosa. Este estudo analisa a associação entre a escolaridade e a saúde da população idosa nacional (capitais do Brasil e Distrito Federal), com foco em Campo Grande-MS, na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, utilizando dados de inquérito populacional da edição de 2023 do Vigitel.

50

**Métodos:** Trata-se de um estudo de delineamento transversal, analítico e descritivo, de base populacional, realizado a partir de dados secundários abertos, disponibilizados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2023. **Resultados:** A análise multivariada para o cálculo das Razões de Prevalência ajustadas para idade, sexo e raça, confirmou a escolaridade como um determinante relevante para a autopercepção de saúde, com valores significativos para a amostra nacional e de Campo Grande. A escolaridade encontrou influência estatisticamente significativa para os desfechos de Hipertensão, Inatividade física, Diabetes e Autopercepção negativa de saúde.

60

**Discussão:** Os resultados deste estudo reforçam a escolaridade como um determinante social de saúde valioso para a saúde da população idosa, tanto no cenário nacional quanto no contexto local de Campo Grande-MS. O achado mais consistente, confirmado nas duas populações, foi relação inversa entre nível educacional e autopercepção negativa da saúde: quanto menor a escolaridade, pior a avaliação subjetiva do próprio bem-estar. A autopercepção de saúde, indicador central nesta análise, atua como um medidor da saúde global e multidimensional do idoso, sintetizando aspectos físicos, cognitivos e emocionais que muitas vezes escapam aos exames clínicos tradicionais. **Conclusão:** A verificação de influência da escolaridade sobre diagnósticos de hipertensão e diabetes, bem como sobre o nível de atividade física, embora representem facetas distintas, todas convergem para um mesmo escopo de análise sobre a autopercepção de saúde, conceito que resume as bases do envelhecimento ativo proposto pela OMS. Envelhecer é um processo contínuo, universal e ininterrupto, por isso, compreender os determinantes de um envelhecimento saudável hoje é uma das formas mais óbvias de se cuidar do amanhã.

70

**RESUMEN**

**Introducción:** El enfoque de este estudio es la población mayor, que en Brasil representa actualmente el 15% de la población total. El IBGE proyecta que para la década de 2040 esta cifra alcance el 25%. La relevancia de este estudio reside en la discusión sobre cómo la escolaridad puede generar desigualdades y afectar directa o indirectamente la salud de la persona mayor. Este estudio analiza la asociación entre la escolaridad y la salud de la población mayor nacional (capitales de Brasil y

80

el Distrito Federal), con énfasis en Campo Grande-MS, bajo la perspectiva de la Atención Primaria de Salud, utilizando datos de la encuesta poblacional de la edición 2023 del Vigitel. **Métodos:** Se trata de un estudio de diseño transversal, analítico y descriptivo, de base poblacional, realizado a partir de datos secundarios abiertos, puestos a disposición por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas por Encuesta Telefónica (Vigitel), de 2023. **Resultados:** El análisis multivariado para el cálculo de las Razones de Prevalencia (RP) ajustadas por edad, sexo y raza, confirmó la escolaridad como un determinante relevante para la autopercepción de salud, con valores significativos para la muestra nacional y de Campo Grande. La escolaridad presentó una influencia estadísticamente significativa en los desenlaces de Hipertensión, Inactividad física, Diabetes y Autopercepción negativa de salud. **Discusión:** Los resultados de este estudio refuerzan la escolaridad como un determinante social de salud fundamental para la salud de la población mayor, tanto en el escenario nacional como en el contexto local de Campo Grande-MS. El hallazgo más consistente, confirmado en ambas poblaciones, fue la relación inversa entre el nivel educativo y la autopercepción negativa de la salud: a menor escolaridad, peor es la evaluación subjetiva del propio bienestar. La autopercepción de salud, indicador central en este análisis, actúa como un medidor de la salud global y multidimensional del adulto mayor, sintetizando aspectos físicos, cognitivos y emocionales que a menudo escapan a los exámenes clínicos tradicionales. **Conclusión:** La verificación de la influencia de la escolaridad sobre los diagnósticos de hipertensión y diabetes, así como sobre el nivel de actividad física, aunque representan facetas distintas, convergen hacia un mismo alcance de análisis sobre la autopercepción de salud, concepto que resume las bases del envejecimiento activo propuesto por la OMS. Envejecer es un proceso continuo, universal e ininterrumpido; por lo tanto, comprender los determinantes de un envejecimiento saludable hoy es una de las formas más evidentes de cuidar el mañana.

## ABSTRACT

**Introduction:** This study focuses on the elderly population, which currently accounts for 15% of the total population in Brazil. The IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics) projects that this figure will reach 25% by the 2040s. The relevance of this research lies in examining how educational attainment can generate inequalities and directly or indirectly affect the health of older adults. This study analyzes the association between schooling and health status in the national elderly population (Brazilian capitals and the Federal District), with a specific focus on Campo Grande, MS, from a Primary Health Care perspective. Data were drawn from the 2023 edition of the Vigitel population survey. **Methods:** This is a population-based, cross-sectional, analytical, and descriptive study. It utilized open secondary data provided by the Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (Vigitel, 2023). **Results:** Multivariate analysis to calculate Prevalence Ratios (adjusted for age, sex, and race) confirmed that educational level is a significant determinant of self-rated health, with statistically significant values for both the national and Campo Grande samples. Schooling showed a statistically significant influence on outcomes such as Hypertension, Physical Inactivity, Diabetes, and negative self-rated health. **Discussion:** The results of this study reinforce education as a valuable social determinant of health for the elderly population, both nationally and within the local context of Campo Grande-MS. The most consistent finding, confirmed across both populations, was the inverse relationship between educational level and negative self-rated health: the lower the schooling, the poorer the subjective assessment of well-being. Self-rated health, a central indicator in this analysis, serves as a proxy for the global and multidimensional health of the elderly, synthesizing physical, cognitive, and emotional

140 aspects that often bypass traditional clinical examinations. **Conclusion:** The influence of schooling on hypertension and diabetes diagnoses, as well as physical activity levels—though representing distinct facets—converges into a single analytical scope: self-rated health. This concept summarizes the foundations of active aging as proposed by the WHO. Aging is a continuous, universal, and uninterrupted process; therefore, understanding the determinants of healthy aging today is one of the most vital ways to ensure care for the future.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Analfabetismo; Escolaridade; Atenção Primária à Saúde.

Palabras clave: Salud del Anciano; Analfabetismo; Escolaridad; Atención Primaria de Salud.

150 Keywords: Health of the Elderly; Illiteracy; Educational Status; Primary Health Care.

160

Santos, HBA. Associação entre escolaridade e saúde da pessoa idosa: perspectivas na Atenção Primária à Saúde. Trabalho de Conclusão de Residência – Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2025.

## INTRODUÇÃO

170 As projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) feitas no final dos anos 90 tornaram-se realidade e o Brasil tem hoje mais de 32 milhões de pessoas idosas, representando 15% da população total<sup>1,2</sup>. As projeções mais atuais seguem esta mesma tendência estimando que nos anos de 2040 a população de idosos corresponderá a cerca de 25% do contingente total, quando está prevista também a inversão da relação entre jovens e idosos na pirâmide etária brasileira<sup>3,4</sup>. Até 2050 serão dois bilhões de idosos no mundo segundo a OMS, 80% deles em países em desenvolvimento, onde essa população cresce a níveis ainda mais acelerados<sup>5</sup>.

180 As projeções do final do século XX já apontavam para uma preocupação que vai muito além da simples constatação do envelhecimento da população. Trata-se de um fenômeno global de transição demográfica caracterizado basicamente pela queda da mortalidade devido à melhoria da qualidade de vida, inerente ao desenvolvimento socioeconômico, e posteriormente, também, pela queda da fecundidade devido às mudanças socioculturais e pressões econômicas igualmente inerentes ao mesmo progresso. É uma transição que traz profundas mudanças do perfil epidemiológico e de demandas sociais e econômicas da população<sup>5,6</sup>.

190 A OMS define como pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais de idade, para países em desenvolvimento<sup>1,3</sup>. Definição compatível com a Lei nº 8.842, de 1994 que dispunha sobre a Política Nacional do Idoso, o primeiro marco na legislação brasileira a estabelecer cuidados e garantias a esta população, que até a Constituição de 1988 não era legalmente tratada de modo específico<sup>1</sup>. Destaca-se na legislação já formulada e instituída, a garantia da autonomia, independência, integração e participação da pessoa idosa na sociedade, em todos os aspectos sociais, econômicos, culturais, civis e espirituais que lhe couber, com propícia segurança, proteção e cuidados disponíveis, incluindo o direito à saúde, com garantia de acesso e assistência proporcional às suas necessidades<sup>1,7</sup>.

Em compasso com a legislação brasileira, a OMS defende o conceito de "envelhecimento ativo" vivido com a adoção de medidas que otimizem oportunidades de saúde, participação e segurança do cidadão idoso, com o objetivo de alcançar qualidade de vida e saúde<sup>5,8</sup>.

200 Embora a lei e a saúde pública não alcancem uma parte desta população, o conceito apresentado é uma realidade possível no Brasil verificada em determinados grupos e locais, dentre os idosos jovens, casados, laboralmente ativos e escolarizados<sup>1,9-11</sup>. Ressalta-se aqui uma importante distinção: os idosos jovens, aqueles com idade entre 60 a 79 anos, geralmente ainda preservam maior

210

autonomia, enquanto que os octogenários ou longevos, apresentam prevalências aumentadas de comorbidades e dependência funcional, sendo este o grupo que mais cresce proporcionalmente no Brasil hoje. Fazer do "envelhecimento ativo" uma realidade nacional exige do sistema de saúde uma organização progressiva, multidisciplinar e ampliada, com políticas públicas diferenciadas que considerem essa estratificação etária e suas respectivas complexidades<sup>6,8</sup>.

Neste cenário de transição acelerada, observa-se um fenômeno nacional preocupante: embora as projeções de envelhecimento tenham se concretizado, o progresso da educação básica e a alfabetização não alcançaram os mais velhos com a mesma velocidade. A educação dos idosos tem sido negligenciada pelo poder público. Enquanto a taxa de analfabetismo nacional para pessoas com mais de 15 anos segue reduzindo, alcançando mínimas históricas, a taxa de analfabetismo na faixa de 60 anos ou mais se mantém em quase 15%<sup>12</sup>.

220

Entre os mais jovens (15 a 24 anos), a taxa de analfabetismo se encontra abaixo de 1% desde 2016 e, em 2000, o Censo demográfico já revelava uma taxa de analfabetismo de 19,2% para a população correspondente aos grupos de idade entre 40 a 69 anos<sup>13,14</sup>. O cenário como se apresenta, sugere uma ingrata espera pela substituição geracional através da ação do tempo, mantendo esta população à margem do desenvolvimento até que sejam naturalmente sucedidos por uma população mais alfabetizada nas próximas décadas.

230

Essa lacuna educacional traz severas implicações para a saúde e a qualidade de vida dessa população na atualidade. Sem políticas consistentes de alfabetização tardia, o analfabetismo e os baixos níveis de instrução, segundo a OMS, estão associados a maiores riscos de deficiência e morte durante o envelhecimento, bem como redução das oportunidades de aprendizado e potencial perda da independência por estes idosos que vivem distantes do ideal prático de envelhecimento ativo<sup>5</sup>.

Estudos recentes reiteram essa constatação e associam baixa escolaridade a piores desfechos clínicos, incluindo maior prevalência de diagnósticos de hipertensão e diabetes<sup>15-17</sup>, fator de risco para demência vascular<sup>8</sup>, correlação significativa com sintomas depressivos e autopercepção negativa de saúde, especialmente entre os subgrupos de mulheres e analfabetos, que apresentam maiores riscos de dependência funcional, vulnerabilidade e sofrimento psíquico, evidenciando a educação como um determinante de saúde fundamental<sup>6, 9, 16, 18, 19</sup>.

240

E uma vez que o conceito de saúde, consagrado pela OMS em 1946, não se resume à ausência de doença, para o idoso essa ideia adquire um sentido ainda mais concreto: o rápido envelhecimento da população brasileira foi, para uma

grande maioria de idosos, um processo adoecedor, carente de cuidados de promoção ou prevenção em saúde. Ainda assim, com ou sem comorbidades, a saúde para um paciente idoso se traduz muito mais por sua autonomia e independência<sup>20</sup>.

250 São os idosos sem funcionalidade, incapazes, que apresentam os maiores riscos para problemas de saúde e correlatos, e a incapacidade de um idoso é ônus não apenas ao próprio indivíduo, mas para a família, para o sistema de saúde e por fim, para a sociedade<sup>20</sup>. Se preservar essa funcionalidade global já não foi possível, como no ideal de envelhecimento ativo, resgatá-la, pelo menos em parte, envolve concentrar esforços antes na própria funcionalidade do indivíduo, do que no tratamento das comorbidades deste idoso. Há indícios de que frequentemente é mais eficaz restituir um idoso à sua vida diária do que tratar determinada doença<sup>21</sup>.

260 A fragilidade que acomete a pessoa idosa caracteriza-se como uma síndrome clínica baseada em componentes fisiológicos, inerentes ao envelhecimento, mecanismos primários que incluem a sarcopenia, a diminuição da reserva energética do corpo e maior esforço fisiológico para a manutenção da homeostase.<sup>8</sup> Até então trata-se de uma condição subclínica, que passa a se manifestar na presença de doenças ou alterações orgânicas capazes de gerar incapacidade funcional. A literatura também considera idoso frágil aquele com 75 anos ou mais de idade<sup>20</sup>.

270 Por outro lado, a vulnerabilidade, embora mais inespecífica e menos usada na literatura, corresponde com maior clareza a forma como a escolaridade afeta a saúde da pessoa idosa. Corresponde à susceptibilidade a danos na saúde do indivíduo, mas não apenas, decorrentes de causas multifatoriais, sociais, econômicas, políticas, ambientais e psicológicas<sup>22</sup>. Um idoso plenamente hígido, analfabeto, incapaz de gerir a própria conta bancária aberta por um familiar, apresentando ansiedade importante por necessitar se deslocar ao banco para resolver problemas de um empréstimo inadvertidamente tomado em seu nome, não é frágil à princípio, mas certamente é vulnerável.

A literatura médica que lida com a saúde pelo viés social, verifica que a escolaridade é na realidade um instrumento de poder e um fator determinante de desigualdades na saúde, por estabelecer relações de poder socioeconômico e delimitar claramente diferentes oportunidades de saúde de um indivíduo<sup>23</sup>. A fragilidade decorrente do envelhecimento é agravada por fatores decorrentes da falta de estudo, como a baixa renda, o suporte social inadequado e a responsabilidade pela chefia e sustento familiar, muitas vezes assumida em

condições precárias, no contexto de pobreza, perpetuando a condição de vulnerabilidade de um idoso em situação de pobreza e exclusão social<sup>24</sup>.

280

É natural concluir portanto, que se o paciente idoso com baixo letramento ou analfabeto é significativamente mais vulnerável que um paciente jovem na mesma condição, pois a dificuldade de compreensão se soma às limitações sensoriais, cognitivas e sociais próprias do envelhecimento<sup>8</sup>, garantir educação, acessibilidade, poder de acesso a bens e serviços, dentre outros determinantes sociais de saúde, constitui ação em saúde com muito mais impacto a este grupo populacional<sup>23</sup>.

290

A relevância deste estudo reside na provocação sobre como a escolaridade pode gerar desigualdades e afetar direta ou indiretamente a saúde da pessoa idosa, fazendo amadurecer assim a compreensão do real papel da Atenção Primária à Saúde para esta população peculiar, que só será capaz de contribuir ampla e resolutivamente com a manutenção de funcionalidade e autonomia de um idoso, se intervier em suas condições de vida e sobre a vulnerabilidade que lhe acomete<sup>8, 22</sup>.

Para estimular esta provocação, este estudo analisa a associação entre a escolaridade e a saúde da população idosa nacional (capitais do Brasil e Distrito Federal), com foco em Campo Grande-MS, na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, utilizando dados de inquérito populacional da edição de 2023 do Vigitel.

## MÉTODO

300 Trata-se de um estudo de delineamento transversal, analítico e descritivo, de base populacional, realizado a partir de dados secundários abertos, disponibilizados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2023<sup>25</sup>.

A população de estudo foi constituída por todos os indivíduos com 60 anos ou mais de idade, que participaram do inquérito levantado pelo Vigitel na edição de 2023, constituindo amostra final de 6.940 idosos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (referida resumidamente neste estudo como amostra "nacional" ou "Brasil"). Responderam ao mesmo inquérito, apenas em Campo Grande-MS, 315 idosos. Foram excluídos da análise os registros incompletos para as variáveis de  
310 interesse.

### Definição das Variáveis

A variável independente (exposição) do estudo foi **nível de escolaridade**, categorizado em quatro estratos funcionais a partir dos anos de estudo formal referidos: Sem instrução ou fundamental incompleto (0 a 7,9 anos); fundamental completo ou médio incompleto (8 a 10,9 anos); médio completo ou superior incompleto (11 a 14,9 anos); superior completo ( $\geq 15$  anos).

320 As variáveis dependentes (desfechos de saúde) foram elencadas em quatro dimensões distintas para representar aspectos da saúde do idoso:

a) **Autopercepção de Saúde**: Dicotomizada em Positiva (Muito boa/Boa) e Negativa (Regular/Ruim/Muito ruim).

b) Morbidade Referida: Diagnóstico médico prévio autorrelatado (Sim/Não) de **Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Depressão**.

330 c) Nível de Atividade Física (Discriminada em quatro grupos, disponibilizados pelo Vigitel na descrição da variável): **Suficiente no lazer** e **Suficiente no deslocamento**, ambas representando pelo menos 150 minutos semanais de atividade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade vigorosa, considerando-se para "suficiente no deslocamento" atividades executadas no trabalho, inclusive domésticas, ou no deslocamento até ele; **Inativo**, quando o indivíduo negava a realização de qualquer atividade física; e **Insuficiente**, quando as respostas dadas não se classificavam dentre os grupos anteriores<sup>25</sup>.

d) Estado Nutricional: Avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir de peso e altura autorreferidos. Por se tratar de amostra de idosos, a classificação seguiu os pontos de corte específicos propostos por Lipschitz (1994) para esta população: **Baixo peso** (IMC  $\leq 22$ ), **Eutrofia** (IMC  $> 22$  e  $< 27$ ) e **Sobrepeso** (IMC  $\geq 27$ )<sup>26</sup>.

340 Os dados foram coletados pelo Vigitel utilizando um questionário estruturado aplicado via ligação telefônica tanto para telefones fixos quanto para telefones móveis. O inquérito utilizado está publicamente disponível na sessão de apêndices (Apêndice A) do relatório geral da edição de 2023<sup>25</sup>. Vide documento para mais detalhes sobre a coleta de dados, instrumento de avaliação ou para consultar as perguntas utilizadas na construção de cada um dos indicadores.

### Análise dos Dados

350 O processamento dos microdados disponíveis no Vigitel foi realizado utilizando o software estatístico **R**, versão 4.3.2 (pacotes *survey*, para análise de dados complexos, e *tidyverse*, para estruturar o banco de dados), operado no ambiente integrado *RStudio*, executado na nuvem via plataforma gratuita da *Posit Software* (gratuitamente disponível no endereço eletrônico: <https://posit.cloud/>). A análise incorporou estritamente o peso pós-estratificação (pesorake) aplicado a cada indivíduo da amostra do Vigitel<sup>25</sup> para assegurar a representatividade das estimativas calculadas.

360 Foi realizada inicialmente uma análise descritiva da amostra total (Tabela 1), nacional e de Campo Grande-MS, estimadas as prevalências considerando um nível de confiança de 95% para o cálculo dos intervalos (IC95%). Para comparar as prevalências entre populações (Tabela 1) e para o cálculo das associações bivariadas (Tabela 2, 3) entre o nível de escolaridade e os desfechos de saúde, foi utilizado o **Teste Qui-quadrado de Pearson com correção (de segunda ordem) de Rao-Scott**, devido a complexidade da amostra do Vigitel e a necessidade de aplicação de pesos pós-estratificação. Adotou-se um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) para as associações calculadas e um IC95%.

370 Para estimar a magnitude das associações multivariadas (Tabela 4, 5), ajustadas por sexo, idade e raça, empregou-se o modelo de **Regressão de Poisson com variância robusta**, para o cálculo da **Razão de Prevalência (RP)**, considerando um IC95%. Optou-se por este modelo por se tratar de um estudo transversal com desfechos de alta prevalência, bem como devido a complexidade da amostra.

Ao aplicar os pesos de pós-estratificação, que dão representatividade à amostra efetivamente entrevistada pelo Vigitel, a amostra de Campo Grande, de 315 indivíduos, passa a representar uma população estimada de 124.378 idosos. No cenário nacional, a amostra de 6.940 idosos representa 7.095.036 indivíduos. Para o cálculo das prevalências na descrição da amostra total e nas associações bivariadas, foi utilizada a amostra representativa estimada. Para o cálculo do valor de  $p$ , sempre foi considerada a amostra real do inquérito telefônico realizado.

### Aspectos Éticos

380

O consentimento livre e esclarecido foi obtido oralmente no momento do contato telefônico com os entrevistados. O projeto Vigitel foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para Seres Humanos do Ministério da Saúde (CAAE: 65610017.1.0000.0008)<sup>25</sup>.

Por utilizar dados secundários de acesso público e anônimo, o presente estudo dispensa nova apreciação ética, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

390

A caracterização sociodemográfica apresentada na **Tabela 1** verifica, em grande parte, uniformidade entre as populações avaliadas. Só há diferença com relevância estatística entre as populações de idosos com diagnóstico autorreferido de Diabetes e Hipertensão, que apresentam menor prevalência em Campo Grande-MS, 20% e 52,0% respectivamente, quando comparado com a média nacional das capitais, de 29% e 61% respectivamente. Há uma maior prevalência de idosas nas amostras analisadas e a faixa etária predominante na capital sul-mato-grossense foi a de 60 a 79 anos (84%), semelhante ao que se observa nacionalmente (87%).

**Tabela 1. Caracterização comparativa entre populações**

<b>Características</b>	<b>Campo Grande-MS</b>	<b>Brasil</b>
<b>Sexo</b>		$p = 0,10^1$
Masculino	37% (30%, 44%)	43% (40%, 46%)
Feminino	63% (56%, 70%)	57% (54%, 60%)
<b>Faixa Etária</b>		$p = 0,28^1$
60 a 79 anos	84% (79%, 88%)	87% (85%, 88%)
80 anos ou mais	16% (12%, 21%)	13% (12%, 15%)
<b>Escolaridade</b>		$p = 0,84^1$
0-7,9 anos	42% (36%, 49%)	41% (38%, 44%)
8-10,9 anos	15% (10%, 22%)	15% (13%, 17%)
11-14,9 anos	28% (22%, 35%)	27% (25%, 29%)
15 anos ou mais	15% (11%, 20%)	17% (15%, 19%)
<b>Autopercepção de Saúde</b>		$p = 0,20^1$
Positiva	59% (52%, 66%)	54% (52%, 57%)
Negativa	41% (34%, 48%)	46% (43%, 48%)
<b>Hipertensão</b>	52% (45%, 59%)	61% (58%, 64%), $p = 0,017^1$
<b>Diabetes</b>	20% (15%, 25%)	29% (26%, 32%), $p = 0,005^1$
<b>Depressão</b>	15% (11%, 20%)	13% (12%, 15%), $p = 0,50^1$
<b>Estado Nutricional</b>		$p = 0,25^1$
Baixo peso	10% (6%, 14%)	13% (11%, 15%)
Eutrofia	47% (40%, 54%)	41% (38%, 44%)
Sobrepeso	43% (36%, 51%)	46% (43%, 50%)

**Tabela 1. Caracterização comparativa entre populações**

Características	Campo Grande-MS	Brasil
<b>Nível de Atividade Física</b>		p = 0,22 <sup>1</sup>
Suficiente no Lazer	27% (22%, 34%)	28% (26%, 31%)
Suficiente no Deslocamento	5% (3%, 11%)	3% (2%, 4%)
Insuficiente	43% (36%, 50%)	40% (37%, 43%)
Inativo	24% (19%, 30%)	29% (26%, 32%)

Fonte: Do autor.

<sup>1</sup>Os valores de p foram calculados utilizando o teste de Qui-quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott.

400 A análise bivariada da população idosa de Campo Grande (**Tabela 2**) demonstrou variação estatisticamente significativa para a autopercepção em saúde (p=0,009) e para o estado nutricional (p=0,048) conforme a escolaridade. A prevalência de idosos com autopercepção positiva de saúde aumenta de 48%, para idosos com no máximo ensino fundamental incompleto, para 82% para o grupo de idosos com ensino superior. Quanto ao estado nutricional, a prevalência de baixo peso se manteve constante entre todas as faixas de escolaridade (no máximo 6% de variação), havendo heterogeneidade relevante nas faixas de sobrepeso e eutrofia. Não houveram diferenças significativamente estatísticas para os outros grupos, considerando o “n” real reduzido para Campo Grande.

410

**Tabela 2. Associação bruta de prevalências entre escolaridade e desfechos (Campo Grande-MS)**

<b>Desfechos de Saúde</b>	<b>0-7,9 anos</b> N = 52,892 (IC95%)	<b>8-10,9 anos</b> N = 18,543 (IC95%)	<b>11-14,9 anos</b> N = 34,631 (IC95%)	<b>15 anos ou mais</b> N = 18,312 (IC95%)	<b>Valor-p<sup>1</sup></b>
<b>Autopercepção de saúde</b>					<b>0,009</b>
Positiva	48% (39%, 58%)	52% (29%, 73%)	68% (55%, 79%)	82% (69%, 90%)	
Negativa	52% (42%, 61%)	48% (27%, 71%)	32% (21%, 45%)	18% (10%, 31%)	
<b>Hipertensão</b>	59% (49%, 68%)	39% (19%, 62%)	52% (38%, 65%)	47% (33%, 62%)	0,31
<b>Diabetes</b>	21% (14%, 30%)	15% (6%, 32%)	26% (16%, 39%)	7% (3%, 16%)	0,12
<b>Depressão</b>	16% (10%, 23%)	11% (3%, 33%)	17% (9%, 30%)	14% (7%, 27%)	0,86
<b>Estado nutricional</b>					<b>0,048</b>
Baixo peso	12% (6%, 20%)	10% (3%, 30%)	6% (2%, 18%)	11% (5%, 22%)	
Eutrofia	44% (34%, 55%)	22% (9%, 44%)	62% (49%, 74%)	42% (28%, 58%)	
Sobrepeso	44% (34%, 56%)	67% (44%, 84%)	32% (21%, 45%)	47% (32%, 62%)	
<b>Nível de atividade física</b>					0,080
Suficiente no Lazer	24% (16%, 34%)	11% (4%, 27%)	37% (25%, 50%)	36% (23%, 52%)	
Suficiente no Deslocamento	5% (2%, 10%)	15% (4%, 44%)	4% (1%, 17%)	0% (0.00%, 0.00%)	
Insuficiente	40% (31%, 49%)	53% (31%, 74%)	40% (28%, 54%)	47% (32%, 62%)	
Inativo	31% (23%, 41%)	21% (9%, 40%)	19% (10%, 33%)	17% (9%, 30%)	

Fonte: Do autor.

<sup>1</sup>Os valores de p foram calculados utilizando o teste de Qui-quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott.

A mesma análise bivariada, a nível nacional (**Tabela 3**), traz maior robustez estatística devido ao tamanho da amostra real, com intervalos de confiança mais estreitos, análise mais precisa e valores de p de alta significância. A "autopercepção de saúde", considerada positiva para 46% dos idosos com menor escolaridade, subiu para 77% dentre os idosos com ensino superior completo na amostra nacional, a única comparação de prevalências com significância estatística para as duas amostras, independentemente do "n" diminuto da amostra local.

**Tabela 3. Associação bruta de prevalências entre escolaridade e desfechos (Brasil)**

<b>Desfechos de Saúde</b>	<b>0-7,9 anos</b> N = 2,879,390 (IC95%)	<b>8-10,9 anos</b> N = 1,082,812 (IC95%)	<b>11-14,9 anos</b> N = 1,893,696 (IC95%)	<b>15 anos ou mais</b> N = 1,239,137 (IC95%)	<b>Valor-p<sup>1</sup></b>
<b>Autopercepção de saúde</b>					<b>&lt;0,001</b>
Positiva	46% (41%, 51%)	46% (40%, 52%)	57% (53%, 61%)	77% (73%, 80%)	
Negativa	54% (49%, 59%)	54% (48%, 60%)	43% (39%, 47%)	23% (20%, 27%)	
<b>Hipertensão</b>	66% (61%, 71%)	66% (60%, 71%)	58% (54%, 62%)	49% (45%, 54%)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Diabetes</b>	36% (31%, 42%)	31% (25%, 37%)	24% (20%, 28%)	16% (13%, 20%)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Depressão</b>	13% (11%, 16%)	15% (12%, 20%)	15% (12%, 18%)	13% (11%, 16%)	0,73
<b>Estado nutricional</b>					0,26
Baixo peso	13% (10%, 17%)	16% (11%, 22%)	12% (9%, 15%)	12% (10%, 15%)	
Eutrofia	38% (33%, 43%)	44% (37%, 51%)	43% (38%, 47%)	44% (39%, 48%)	
Sobrepeso	49% (44%, 55%)	40% (34%, 47%)	46% (41%, 50%)	44% (39%, 49%)	
<b>Nível de atividade física</b>					<b>&lt;0,001</b>
Suficiente no Lazer	22% (19%, 26%)	26% (21%, 31%)	28% (25%, 32%)	46% (41%, 51%)	
Suficiente no Deslocamento	4% (3%, 5%)	4% (2%, 6%)	2% (1%, 3%)	2% (1%, 4%)	
Insuficiente	41% (36%, 46%)	43% (37%, 50%)	42% (38%, 46%)	32% (28%, 36%)	
Inativo	33% (28%, 38%)	27% (22%, 33%)	28% (24%, 32%)	20% (17%, 24%)	

Fonte: Do autor.

<sup>1</sup>Os valores de p foram calculados utilizando o teste de Qui-quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott.

As tendências sem relevância estatística encontradas na tabela 2, encontram na tabela 3 um perfil epidemiológico semelhante e valores-p significativos, com claras diferenças entre as prevalências de hipertensão e diabetes para os idosos no menor grupo de escolaridade (66% e 36% respectivamente) comparado aos de maior escolaridade (49% e 16% respectivamente); bem como entre idosos com menor instrução que exerciam atividade física suficiente no lazer (22%) comparado àqueles com maior nível educacional (46%). Relações inversas são também verificadas entre os grupos de inativos ou de atividade física insuficiente.

De forma semelhante, observa-se por fim que a "depressão" reafirmou-se como um desfecho sem associação com a escolaridade, corroborando o achado à nível local. A relevância estatística encontrada para o estado nutricional na amostra de Campo Grande não encontrou "eco" na avaliação nacional, enfraquecendo a validade da comparação.

A análise multivariada para o cálculo das Razões de Prevalência ajustadas para idade, sexo e raça e assumindo como referência (RP=1) para os melhores desfechos possíveis, idosos com 15 anos ou mais de estudo, tanto para Campo Grande-MS quanto para todas as capitais do Brasil incluindo o Distrito Federal (**Tabela 4**), confirma a escolaridade como um determinante relevante para a autopercepção de saúde, com valores significativos ainda que para uma amostra com o "n" reduzido. Chance três vezes maior de um idoso com baixa escolaridade avaliar negativamente a sua saúde em Campo Grande-MS, em comparação com o grupo com ensino superior completo.

**Tabela 4. Razões de Prevalência ajustadas por idade, sexo e raça**

Faixas de escolaridade por desfecho	Campo Grande - MS		Brasil	
	RP <sup>2</sup> Ajustada + IC95%	Valor-p <sup>1</sup>	RP <sup>2</sup> Ajustada + IC95%	Valor-p <sup>1</sup>
Autopercepção Negativa				
≥15 anos (Ref) <sup>3</sup>	—		—	
11-14,9 anos	2.03 (0.97 to 4.27)	0.062	1.85 (1.52 to 2.24)	<0.001
8-10,9 anos	3.67 (1.78 to 7.56)	<0.001	2.26 (1.85 to 2.77)	<0.001
0-7,9 anos	3.11 (1.58 to 6.13)	0.001	2.20 (1.82 to 2.67)	<0.001
Hipertensão				
≥15 anos (Ref) <sup>3</sup>	—		—	

**Tabela 4. Razões de Prevalência ajustadas por idade, sexo e raça**

Faixas de escolaridade por desfecho	Campo Grande - MS		Brasil	
	RP <sup>2</sup> Ajustada + IC95%	Valor-p <sup>1</sup>	RP <sup>2</sup> Ajustada + IC95%	Valor-p <sup>1</sup>
11-14,9 anos	1.08 (0.70 to 1.68)	0.724	1.19 (1.05 to 1.34)	<b>0.006</b>
8-10,9 anos	1.00 (0.55 to 1.82)	0.996	1.32 (1.15 to 1.51)	<b>&lt;0.001</b>
0-7,9 anos	1.21 (0.83 to 1.77)	0.329	1.31 (1.15 to 1.49)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Diabetes</b>				
≥15 anos (Ref) <sup>3</sup>	—		—	
11-14,9 anos	3.65 (1.46 to 9.10)	<b>0.006</b>	1.50 (1.17 to 1.94)	<b>0.002</b>
8-10,9 anos	2.41 (0.80 to 7.26)	0.118	1.89 (1.42 to 2.51)	<b>&lt;0.001</b>
0-7,9 anos	2.12 (0.85 to 5.26)	0.105	2.22 (1.71 to 2.88)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Depressão</b>				
≥15 anos (Ref) <sup>3</sup>	—		—	
11-14,9 anos	1.28 (0.51 to 3.23)	0.597	1.19 (0.89 to 1.58)	0.248
8-10,9 anos	1.13 (0.27 to 4.68)	0.866	1.15 (0.82 to 1.62)	0.412
0-7,9 anos	1.12 (0.46 to 2.71)	0.805	1.10 (0.82 to 1.48)	0.516
<b>Sobrepeso (Lipschitz)<sup>4</sup></b>				
≥15 anos (Ref) <sup>3</sup>	—		—	
11-14,9 anos	0.61 (0.36 to 1.02)	0.061	1.01 (0.87 to 1.18)	0.854
8-10,9 anos	1.35 (0.84 to 2.17)	0.216	0.89 (0.73 to 1.09)	0.250
0-7,9 anos	0.91 (0.60 to 1.38)	0.658	1.16 (0.99 to 1.36)	0.068
<b>Inatividade Física</b>				
≥15 anos (Ref) <sup>3</sup>	—		—	
11-14,9 anos	1.38 (0.58 to 3.31)	0.467	1.49 (1.18 to 1.88)	<b>&lt;0.001</b>
8-10,9 anos	1.42 (0.58 to 3.48)	0.436	1.36 (1.02 to 1.82)	<b>0.036</b>
0-7,9 anos	1.42 (0.70 to 2.91)	0.333	1.54 (1.20 to 1.99)	<b>&lt;0.001</b>

Fonte: Do autor.

<sup>1</sup>Os valores de p foram calculados utilizando o teste de Qui-quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott;

<sup>2</sup>RP = Razão de Prevalência; <sup>3</sup>Ref = Referência; <sup>4</sup>Parâmetro de IMC para idosos conforme Lipschitz<sup>26</sup>

Em relação às doenças crônicas autorreferidas em Campo Grande, houve risco aumentado significativo ( $p=0,006$ ) em 3,65 vezes (IC95%: 1,46 - 9,10) para o diagnóstico de Diabetes Mellitus dentre idosos com escolaridade média-alta, em comparação com o grupo referência. Para todos os demais desfechos na amostra local - Hipertensão, Depressão, Sobrepeso e Inatividade física, o modelo não demonstrou significância estatística.

450

A aplicação do modelo para a amostra nacional, mais robusta, evidenciou um gradiente exposição-desfecho consistente em quase todas as dimensões avaliadas. A autopercepção negativa de saúde manteve sua forte associação à baixa escolaridade ( $p < 0,001$ ), com RP de 2,20 para a máxima exposição. Distinta da análise local, o cenário nacional foi capaz de revelar associações ajustadas significativas também para Hipertensão, Diabetes e Inatividade Física em todos os níveis de exposição da variável independente, abaixo da referência (Ensino superior completo).

460

Verifica-se que idosos com 0 a 7,9 anos de estudo apresentaram prevalências ajustadas significativamente maiores para Diabetes (RP: 2,22;  $p < 0,001$ ) e Inatividade Física (RP: 1,54;  $p < 0,001$ ) em comparação aos mais escolarizados. Depressão e Sobrepeso (pelo critério de Lipschitz) permaneceram como os únicos desfechos sem associação significativa com o nível educacional, corroborando a análise nacional não corrigida de prevalências descrita na tabela 3.

470

É pertinente ressaltar que na análise ajustada representada na tabela 4, a comparação entre as Razões de Prevalência calculadas para a amostra local e nacional, revela uma congruência epidemiológica fundamental: Para todos os desfechos que apresentaram significância estatística na análise nacional, mas não na local (Hipertensão, Inatividade Física e Diabetes nos estratos de menos escolaridade), as associações verificadas pela Razão de Prevalência e pelo Intervalo de Confiança de 95% foram preservadas em direção (variações inferiores a 1,0 ponto entre as RP) e inclusive magnitude (os IC da amostra de Campo Grande, mais largos pela imprecisão estatística, contiveram integralmente os IC da amostra nacional), refletindo de forma contundente achados compatíveis entre as amostras e confirmando que a ausência de significância estatística local só se deu por uma limitação de precisão decorrente do tamanho da amostra.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo reforçam a escolaridade como um determinante social de saúde valioso para a saúde da população idosa, tanto no cenário nacional quanto no contexto local de Campo Grande-MS. O achado mais consistente, confirmado nas duas populações, foi relação inversa entre nível educacional e autopercepção negativa da saúde: quanto menor a escolaridade, pior a avaliação subjetiva do próprio bem-estar.

A análise comparativa revelou uma notável uniformidade de tendências; embora a magnitude estatística varie conforme o tamanho da amostra, a baixa escolaridade mostrou-se sistematicamente associada a piores desfechos. Esses dados corroboram a literatura que aponta a educação formal não apenas como um ganho intelectual, mas como um recurso fundamental que modula o acesso a bens, serviços e informações ao longo da vida, impactando diretamente a longevidade e a qualidade do envelhecimento<sup>27</sup>.

A autopercepção de saúde, indicador central nesta análise, atua como um medidor da saúde global e multidimensional do idoso, sintetizando aspectos físicos, cognitivos e emocionais que muitas vezes escapam aos exames clínicos tradicionais. A forte associação encontrada, onde idosos com baixa escolaridade apresentaram chances significativamente maiores de avaliar sua saúde como "ruim" ou "muito ruim", reflete barreiras acumuladas. A instrução deficitária limita o letramento em saúde, dificultando a compreensão de orientações médicas e a adesão a comportamentos preventivos, o que resulta em uma vivência mais vulnerável do processo de envelhecimento<sup>11</sup>.

O perfil sociodemográfico evidenciado desenha o que pode ser chamado de "o retrato do idoso frágil" no Brasil contemporâneo: predominantemente do sexo feminino, com baixa escolaridade, residindo muitas vezes sem rede de apoio robusta e com baixa renda. A feminização da velhice, confirmada neste estudo, traz consigo desafios específicos, uma vez que as mulheres, apesar de viverem mais, frequentemente acumulam maiores cargas de morbidade e incapacidade funcional<sup>16</sup>. Neste cenário, a escolaridade surge como um fator preponderante: idosos mais escolarizados tendem a possuir melhores condições financeiras, o que lhes permite custear tratamentos, alimentação adequada e acesso a lazer, recursos que amortecem o impacto das fragilidades biológicas<sup>23</sup>.

Em relação às doenças crônicas, especificamente Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), a análise nacional confirmou estatisticamente que a baixa escolaridade amplia a prevalência dessas comorbidades. Esse dado dialoga com estudos de coorte que indicam um aumento progressivo dessas condições em

520 grupos de menor nível socioeconômico<sup>17</sup>. A estratificação etária permitiu refinar esse entendimento: enquanto a hipertensão se mostrou uma vulnerabilidade crítica entre os octogenários de baixa instrução, o sobrepeso destacou-se entre os idosos mais jovens (60-79 anos) com escolaridade intermediária. Isso sugere que a carência educacional expõe o indivíduo a um ciclo de risco acumulado, onde a falta de acesso a uma alimentação adequada e a ambientes saudáveis precipita o surgimento de doenças metabólicas precocemente<sup>17</sup>.

530 Quanto ao estilo de vida, a associação positiva entre maior escolaridade e a prática de atividade física no lazer demonstrou como o capital cultural e financeiro facilita o acesso a comportamentos protetores. Em contrapartida, a inatividade física tende a se concentrar nos estratos de menor instrução. A literatura destaca que fatores comportamentais são mediadores cruciais na relação entre posição socioeconômica e saúde. A dificuldade de acesso a espaços de lazer e a falta de orientação preventiva criam um ambiente sedentário que favorece a obesidade, e que o idoso com pouca escolaridade tem menos recursos para contornar, perpetuando fatores de risco que resultarão em incapacidades futuras<sup>19</sup>.

Um ponto de divergência interessante em relação a parte da literatura foi o comportamento da variável depressão. Enquanto estudos apontam a baixa escolaridade e o analfabetismo como fatores de risco para sintomas depressivos<sup>18</sup>, a análise multivariada realizada neste estudo não identificou a escolaridade como um fator independente de risco para depressão após os ajustes por idade, sexo e raça. Isso sugere que o sofrimento psíquico na velhice pode ser mediado por uma rede complexa de fatores — como solidão, viuvez e a própria autopercepção de saúde — onde a escolaridade atua de forma indireta ou é suplantada por outras variáveis na determinação do adoecimento mental<sup>11</sup>.

540 Do ponto de vista metodológico, um dos grandes méritos deste trabalho foi demonstrar a compatibilidade estatística entre a amostra local e a nacional. Embora a análise de Campo Grande tenha apresentado intervalos de confiança mais largos devido ao tamanho amostral reduzido (n=319), a sobreposição destes com os intervalos da amostra nacional confirma a congruência epidemiológica dos achados. Isso permite inferir que a ausência de significância estatística para alguns desfechos locais (como HAS e DM) deve-se a uma questão de poder estatístico e não à ausência de risco real, validando a hipótese de que a baixa escolaridade afeta a saúde do idoso local na mesma direção e magnitude observada no restante do país.

550 É necessário, contudo, reconhecer as limitações do estudo. Primeiramente, as restrições inerentes ao inquérito VIGITEL, como a amostragem restrita a capitais e a redução do número de entrevistas nos últimos anos. Além disso, o desenho

transversal impede o estabelecimento de relações de causalidade (razões de risco), permitindo apenas a observação de associações de prevalência. Isso limita a compreensão da temporalidade dos fatos, impedindo afirmar se a baixa escolaridade causou o desfecho ou se ambos são produtos de um contexto de vida precário. A profundidade da análise também foi finita, resumindo-se às variáveis disponíveis no banco de dados secundário<sup>25</sup>.

560 Apesar dessas limitações, o estudo oferece uma contribuição relevante para a Atenção Primária à Saúde (APS) ao evidenciar que a escolaridade deve ser tratada como um "sinal vital social". A aplicabilidade destes achados reside na necessidade de as equipes de Saúde da Família utilizarem o nível educacional como ferramenta de estratificação de risco. Identificar o idoso com baixa escolaridade significa identificar, precocemente, um indivíduo com maior probabilidade de multimorbidade e autopercepção negativa. A equidade no SUS depende de reconhecer essa vulnerabilidade para ofertar um cuidado que compense, na velhice, as oportunidades desiguais enfrentadas por estes cidadãos ao longo de suas vidas<sup>7</sup>.

8.

## CONCLUSÃO

O principal achado dos dados analisados nesta pesquisa foi a associação entre o nível de escolaridade e o grau de autopercepção de saúde pelo idoso, indicador já amplamente validado na literatura, que reflete sobretudo o grau de independência e nível de satisfação com as condições de vida do momento presente.

A verificação de influência da escolaridade sobre diagnósticos de hipertensão e diabetes, bem como sobre o nível de atividade física, embora representem facetas distintas, todas convergem para um mesmo escopo de análise sobre a autopercepção de saúde, um tipo de termômetro, que avalia a qualidade dos determinantes sociais de saúde sobre uma determinada população, reforça a avaliação multidimensional de saúde entre idosos e em última análise, resume as bases do envelhecimento ativo proposto pela OMS. O nível de escolaridade exerceu influência direta, estatisticamente significativa e independente de sexo, raça e idade, neste indicador.

Promover o estímulo à avaliação do idoso por uma perspectiva multidimensional que passe pelos determinantes sociais de saúde e contribuir em alguma parcela com isso foi a motivação concreta deste estudo. Envelhecer é um processo contínuo, universal e ininterrupto, por isso, compreender os determinantes de um envelhecimento saudável hoje é uma das formas mais óbvias de se cuidar do amanhã.

As possibilidades de aprofundamento da análise feita nesta pesquisa, inclusive com dados secundários de domínio público no Brasil, são múltiplas e variadas, o que pode favorecer a realização de novos estudos para melhor compreensão sobre a complexidade da atenção à saúde do idoso na Atenção Primária.

## REFERÊNCIAS

- 600 1) Mendes MR, Gusmão JL, Faro AC, Faroll, Leite RC. A situação atual do idoso no Brasil: Uma Breve consideração. Acta paul. enferm. [Internet]. 2005;18(4):422-426. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400011>
- 2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2022: população por idade e sexo, pessoas de 60 anos ou mais de idade: resultados do universo: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Catálogo [Internet]. 2023; 102038:9. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102038.pdf>
- 610 3) Miranda GM, Mendes AC, Silva AL. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2016;19(03):507-519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
- 4) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções da População - Edição 2018. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7365>.
- 5) World Health Organization, Gontijo S. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS. [Internet]. 2005;3:60 Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
- 620 6) Chaimowicz F, Barcelos EM, Madureira, MD; Ribeiro MT, colaboradores. Saúde do idoso. [Internet] 2. Ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4470.pdf>
- 7) Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003: Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências estatuto da pessoa idosa. Diário Oficial da União [Internet]. 2003; Seção1(192):1. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10741&ano=2003&ato=c8egXU610dRpWT951>
- 630 8) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos [Internet]. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2006 . Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf)
- 640 9) Perseguino MG, Okuno MF, Horta AL. Vulnerabilidade e qualidade de vida de pessoas idosas em diferentes situações de atenção familiar. Rev Bras Enferm. [Internet] 2022;75(Suppl4):e20210034. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0034>
- 10) Guimarães AB, Minéo ME, Oliveira VR, Nishida FS, Santos AB, Miranda PP et al. Qualidade de vida, perfil sociodemográfico e autopercepção de saúde em idosos

assistidos na atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. [Internet] 2025;20(47):4747. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4747](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4747)

650 11) Lima JR Jr, Silva MA. Associação entre autopercepção de saúde, condições socioeconômicas e posse de plano de saúde: Vigitel 2023. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Velho: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia; [Internet] 2025. Disponível em: <https://repositorio.ifro.edu.br/server/api/core/bitstreams/d0ee1ffd-3726-4a88-bcf4-9d1c0bb8cfcd/content>

12) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Educação 2024 / IBGE, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Catálogo [Internet]. 2025; 2102180:16 Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102180>

660 13) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Catálogo [Internet]. 2025;2102240:136. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102240>

14) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: 2000: educação: resultados da amostra. Catálogo [Internet]. 2000. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=786>

670 15) Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. Rev Bras Med Fam Comunidade. [Internet]. 2014;9(32):273-278. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)79](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)79)

16) Barbosa KT, Costa KN, Pontes ML, Batista PS, Oliveira FM, Fernandes MG. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2017;26(2):e2700015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>

680 17) Silva DS, Assumpção D, Francisco PM, Yassuda MS, Neri AL, Borim FS. Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet] 2022;25(5):e210204. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/JHbf5DqRjR4zJW8kHtvkYmS/?format=pdf&lang=pt>

18) Stahnke DN, Martins RB, Farias RR, Knorst MR, Kanan JHC, Resende TL. Sintomas depressivos e funcionalidade em idosos da atenção primária de Porto Alegre (RS). Geriatr Gerontol Aging. [Internet]. 2020;14(1):22-30. Disponível em: <https://ggaging.com/Content/pdf/v14n1a06.pdf>

690

19) Trevisan FK et al. Prevalence of depressive symptoms and associated factors in

Brazilian older adults: 2019 Brazilian National Health Survey. Cad. Saúde Pública 2024;40(12):e00006124. Disponível em: <https://ggaging.com/Content/pdf/v14n1a06.pdf>

20) Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)

700 21) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde - SUS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf)

22) Barbosa KTF, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. Rev. Bras. Enferm. 2019;72(Supl 2): 337-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>

710 23) Geib LT. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2012;17(1):123-133. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>

24) Rabelo D, Silva J. Vulnerabilidades em idosos: saúde, suporte social, chefia e sustento familiar. Saud Pesq. [Internet]. 2021;14(Supl.1):e-7823 - e-ISSN 2176-9206. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14Supl.1.e7823>

720 25) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. [Internet]. 1. ed. Brasília: Editora MS; 2023. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2023.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf)

730 26) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antr opometricos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antr opometricos.pdf)

27) Malta DC *et al.* Análise temporal das prevalências de doenças crônicas não transmissíveis, dos fatores de risco e de proteção segundo escolaridade de 2006 a 2023. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2025;30(2):e14172024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.14172024>

**Preparo do manuscrito**

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as [recomendações do ICMJE](#).

750 Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “**Declarações**”, contendo:

No momento da submissão, os autores deverão declarar o atendimento aos critérios de autoria. Além de ser responsável pelo seu próprio trabalho, cada autor deve ser capaz de identificar a contribuição de cada coautor, e estar confiante na integridade dessas contribuições.

- **Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos [critérios de autoria](#). Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a [Taxonomia das Funções do Colaborador \(CRedit\)](#) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador. [Modelo de declaração de contribuição dos autores](#).
- **Conflitos de interesse:** Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a [política de conflitos de interesse](#). [Modelo de declaração de conflito de interesses](#).
- **Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

770 O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A [Política de Seção](#) especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#). A ferramenta [MeSH on Demand](#) ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.

- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as [Políticas de Seção](#). O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“prints”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os [exemplos nesta página](#) e os [detalhes neste livro eletrônico](#) da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: “https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505”) deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#) (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Conforme descrito no editorial “Pesquisar para quê?”, manuscritos de pesquisa empírica deverão descrever se e de que forma pacientes e comunidade participaram do planejamento e/ou delineamento da pesquisa.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo [CSE](#) e pelo [ICMJE](#).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.<sup>1</sup> De acordo com Starfield,<sup>2</sup> a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores deve substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

Desde janeiro de 2020, a RBMFC não aceita **material suplementar**. Instrumentos de pesquisa (por exemplo, questionários), bancos de dados e outros materiais suplementares deverão ser depositados em repositórios como [Zenodo](#), [OSF](#) ou [Figshare](#), e citados no manuscrito conforme descrito na política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#).