

# DESIGUALDADE E SAÚDE NO BRASIL:

...

Determinantes Sociais,  
Impactos e Equidade



  
Periodicojs  
EDITORA ACADÊMICA

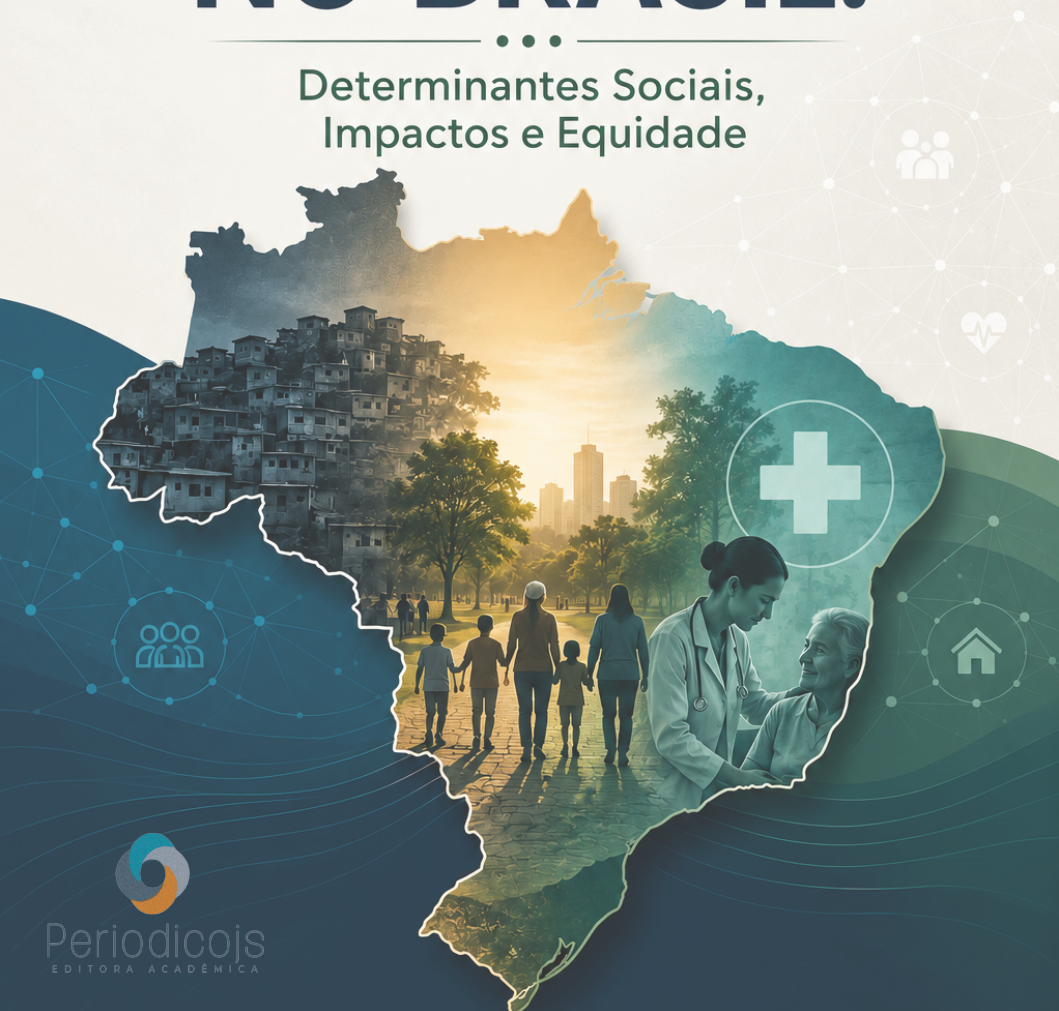
Nélio Pontes Da Cunha

...

# DESIGUALDADE E SAÚDE NO BRASIL:

...

Determinantes Sociais,  
Impactos e Equidade



Periodicojs  
EDITORA ACADÊMICA

Nélio Pontes Da Cunha

...

## Conselho Editorial

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernado Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

### Projeto Gráfico, editoração, capa

Editora Acadêmica Periodicojs

### Idioma

Português

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Cunha, Nélcio Pontes da

Desigualdade e saúde no Brasil [livro eletrônico] : determinantes sociais, impactos e equidade / Nélcio Pontes da Cunha. --  
João Pessoa, PB : Periodicojs, 2026.

PDF

ISBN 978-65-6010-242-2

1. Desigualdade social 2. Equidade 3. Políticas públicas 4. Saúde pública - Brasil I. Título.

26-403370.0

CDD-362.109

### Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380



Filipe Lins dos Santos  
**Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil  
website: [www.periodicojs.com.br](http://www.periodicojs.com.br)  
instagram: [@periodicojs](https://www.instagram.com/periodicojs)

# Prefácio



A coleção de ebooks intitulada de Estudos Avançados em Saúde e Natureza tem como propósito primordial a divulgação e publicação de trabalhos de qualidade nas áreas das ciências da saúde, exatas, naturias e biológicas que são avaliados no sistema duplo cego.

Foi pensando nisso que a coleção de ebooks destinou uma seção específica para dar ênfase e divulgação a trabalhos de professores, alunos, pesquisadores e estudiosos das áreas das ciências da saúde. O objetivo dessa seção é unir o debate interdisciplinar com temas e debates específicos da área mencionada. Desse modo, em tempos que a produção científica requer cada vez mais qualidade e amplitude de abertura para diversos leitores se apropriarem dos estudos acadêmicos, criamos essa seção com o objetivo de metodologicamente democratizar o estudo, pesquisa e

ensino na área da ciências da saúde. Desigualdade e Saúde no Brasil analisa como as disparidades socioeconômicas influenciam as condições de saúde da população brasileira.

A obra aborda os determinantes sociais, os impactos sobre morbidade, mortalidade e acesso aos serviços de saúde, além das desigualdades regionais. Ao discutir políticas públicas e estratégias de intervenção, o livro apresenta perspectivas para a construção de um sistema de saúde mais justo, inclusivo e equitativo.

**Filipe Lins dos Santos**

**Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs**

# Sumário

INTRODUÇÃO

8

## Capítulo 1

O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SEUS  
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

30

## Capítulo 2

METODOLOGIA

62

## Capítulo 3

RESULTADOS E DISCUSSÃO

71

## Considerações finais

115

## Referências bibliográficas

120

# INTRODUÇÃO



O envelhecimento populacional constitui um fenômeno demográfico consolidado, decorrente principalmente da redução das taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida, produzindo impactos significativos nos sistemas de saúde, previdência e assistência social. No Brasil e no mundo, esse processo tem ampliado a prevalência de agravos crônicos e eventos adversos, entre os quais as quedas em idosos se destacam como um dos principais problemas de saúde pública. As quedas apresentam elevada incidência e recorrência, estando associadas a repercussões físicas, psicológicas e sociais que comprometem a funcionalidade e a autonomia dos indivíduos idosos (OMS, 2007; IBGE, 2022; WHO, 2015). Trata-se de um evento multifatorial, relacionado a alterações fisiológicas do envelhecimento, presença de doenças crônicas, polifarmácia, déficits sensoriais, comprometimento do equilíbrio e fatores ambientais, especialmente em contextos institucionais (PERRACINI; RAMOS, 2002; TINETTI; SPEECHLEY; GINTER, 1988).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos

(ILPs) ocupam posição central nesse debate, uma vez que concentram uma população caracterizada por maior grau de fragilidade, dependência funcional e múltiplas comorbidades. Embora as consequências físicas das quedas — como fraturas, traumatismos, hospitalizações prolongadas e aumento da mortalidade — sejam amplamente reconhecidas e documentadas na literatura científica, as repercussões emocionais e psicossociais permanecem, em muitos casos, subestimadas na prática assistencial e insuficientemente exploradas em estudos empíricos (GOBBENS et al., 2010; NERI, 2019). Todavia, tais repercussões exercem impacto direto e significativo sobre a saúde mental, o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Entre as principais consequências emocionais associadas às quedas em idosos, destacam-se o aumento dos níveis de ansiedade, o desenvolvimento ou agravamento de quadros depressivos e o isolamento social progressivo. O medo de cair novamente, amplamente descrito na literatura como *fear of falling*, constitui elemento central nesse

processo, funcionando como gatilho para a restrição de atividades, redução da mobilidade e perda da autonomia funcional (TINETTI et al., 1994; DELBAERE et al., 2010). Esse medo, frequentemente desproporcional ao risco objetivo, leva o idoso a evitar atividades cotidianas e interações sociais, favorecendo o sedentarismo, o declínio funcional e o empobrecimento das relações sociais.

No ambiente das ILPs, esse fenômeno tende a ser intensificado. A rotina institucional, muitas vezes marcada por padronização de cuidados, limitação de escolhas e menor estímulo à autonomia, pode reforçar sentimentos de insegurança, dependência e perda de identidade pessoal. Quando associadas a episódios de queda, essas condições ampliam a vulnerabilidade emocional do idoso, favorecendo sentimentos de impotência, baixa autoestima e desesperança, elementos centrais na gênese e manutenção dos quadros depressivos (BATISTONI, 2018; NERI, 2019). A depressão, por sua vez, não apenas compromete o bem-estar subjetivo, mas também se associa a pior prognóstico funcional, maior risco de novas quedas e aumento da

utilização dos serviços de saúde (BORGES et al., 2013).

A ansiedade também se manifesta de forma expressiva após episódios de queda, podendo assumir caráter persistente. Em idosos ambulatoriais residentes em ILPs, a antecipação constante de um novo evento adverso gera estado de hipervigilância, tensão emocional e insegurança, afetando negativamente o sono, o apetite e a adesão a atividades terapêuticas e recreativas (DELBAERE et al., 2010). Esse quadro contribui para o isolamento social progressivo, uma vez que o idoso passa a evitar situações que envolvam deslocamento, interação ou exposição a riscos percebidos, mesmo quando estes são controláveis.

O isolamento social, por sua vez, configura-se simultaneamente como consequência e fator agravante do sofrimento psíquico na velhice. A redução do convívio social limita o acesso ao suporte emocional, às trocas afetivas e ao sentimento de pertencimento, elementos fundamentais para a manutenção da saúde mental no envelhecimento (NERI, 2019; WHO, 2015). Em ILPs, onde muitos idosos já vivenciam rupturas de vínculos familiares e comunitários,

o isolamento decorrente das quedas aprofunda a sensação de solidão, abandono e desvalorização social.

Diante desse cenário, torna-se fundamental compreender de forma integrada como as quedas influenciam os índices de depressão, ansiedade e isolamento social em idosos ambulatoriais residentes em ILPs, bem como identificar os fatores de risco associados a essas repercussões emocionais. Tal compreensão é essencial para subsidiar estratégias de prevenção de quedas que superem o enfoque exclusivamente biomédico, incorporando intervenções psicossociais, ações de promoção da autonomia, fortalecimento do suporte social e cuidados integrais voltados à saúde mental do idoso institucionalizado (OMS, 2007; GOBBENS et al., 2010).

O objetivo geral deste estudo consiste em compreender de forma aprofundada as repercussões das quedas em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPs), com ênfase nas consequências emocionais decorrentes desse evento, especificamente nos níveis de depressão, ansiedade e

isolamento social apresentados por pacientes ambulatoriais. Busca-se, assim, analisar o impacto das quedas para além dos danos físicos imediatos, considerando seus efeitos subjetivos, psicossociais e funcionais, bem como as implicações desses efeitos na qualidade de vida, na autonomia e na saúde mental da população idosa institucionalizada.

Para o alcance desse objetivo geral, foram definidos objetivos específicos que permitem uma abordagem analítica e multidimensional do fenômeno investigado. O primeiro objetivo específico consiste em avaliar o índice de depressão em idosos que sofreram quedas, por meio da análise sistemática do nível de sintomas depressivos apresentados após o evento. Pretende-se identificar a presença, a intensidade e a distribuição desses sintomas, considerando a relação entre quedas recorrentes, limitações funcionais subsequentes e alterações no estado emocional, de modo a compreender como esse agravo contribui para o adoecimento psíquico no contexto institucional.

O segundo objetivo específico visa avaliar o grau de isolamento social em idosos que sofreram quedas,

mensurando o nível de restrição das interações sociais, da participação em atividades coletivas e do convívio interpessoal após a ocorrência do evento. Busca-se identificar de que forma o medo de novas quedas, a perda de confiança na mobilidade e as possíveis limitações impostas pelo ambiente institucional contribuem para o afastamento social do idoso, bem como analisar os fatores individuais, emocionais e contextuais associados a esse processo.

Como terceiro objetivo específico, propõe-se identificar os fatores de risco associados às quedas em idosos residentes em ILPs, considerando tanto características individuais quanto condições de saúde e aspectos do ambiente institucional. Essa análise contempla variáveis como idade avançada, presença de doenças crônicas, uso de múltiplos medicamentos, comprometimento do equilíbrio e da marcha, déficits sensoriais, histórico prévio de quedas e condições estruturais do espaço físico. A identificação desses fatores permite compreender a complexidade do fenômeno e subsidiar ações preventivas mais eficazes e direcionadas.

Por fim, o quarto objetivo específico consiste em propor estratégias de prevenção de quedas voltadas à realidade das ILPs, a partir dos achados do estudo. Pretende-se desenvolver recomendações práticas e fundamentadas que integrem ações educativas, adaptações ambientais, estímulo à mobilidade segura, fortalecimento do suporte psicossocial e promoção da autonomia do idoso. Essas estratégias visam não apenas reduzir a ocorrência de quedas, mas também minimizar seus impactos emocionais, contribuindo para uma assistência integral, humanizada e orientada à promoção da saúde mental e da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Este estudo se apresenta como uma iniciativa de elevada relevância científica e social diante de um dos mais complexos desafios contemporâneos da saúde pública: o cuidado integral à população idosa institucionalizada. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPs) concentram indivíduos em situação de maior vulnerabilidade biopsicossocial, nos quais eventos adversos, como as quedas, assumem repercussões que extrapolam o

campo físico e alcançam dimensões emocionais e sociais profundas. Nesse sentido, a produção de dados empíricos voltados às consequências emocionais das quedas em idosos ambulatoriais torna-se fundamental para a ampliação do conhecimento e para o aprimoramento das práticas assistenciais.

Ao buscar preencher lacunas existentes na literatura, especialmente no que se refere às repercussões emocionais das quedas em contextos institucionais, esta pesquisa oferece uma análise aprofundada de fenômenos frequentemente subestimados, como a depressão, a ansiedade e o isolamento social. Embora amplamente reconhecidas as consequências físicas das quedas, observa-se que os impactos subjetivos e psicossociais ainda recebem atenção secundária nas estratégias de cuidado, o que compromete a integralidade da assistência. Assim, este estudo contribui para uma compreensão mais abrangente do problema, permitindo identificar não apenas a frequência dos agravos emocionais, mas também sua intensidade e inter-relação com fatores individuais e contextuais.

A centralidade nas consequências emocionais das quedas confere ao estudo um caráter humanizador, ao deslocar o olhar exclusivamente biomédico para uma abordagem que reconhece a experiência subjetiva do idoso. Compreender como o idoso vivencia o evento da queda — seus medos, inseguranças, sentimentos de incapacidade e rupturas nos vínculos sociais — é essencial para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais empáticas, individualizadas e sensíveis às especificidades do envelhecimento institucionalizado. Dessa forma, a pesquisa não se limita à quantificação de índices, mas busca interpretar os significados atribuídos às quedas e seus desdobramentos no cotidiano dos idosos.

Além disso, ao realizar avaliações rigorosas do índice de depressão, do grau de ansiedade e do nível de isolamento social, o estudo fornece subsídios concretos para a qualificação das práticas clínicas e multiprofissionais nas ILPs. Os resultados esperados poderão orientar equipes de saúde na identificação precoce de sofrimento psíquico, favorecendo intervenções oportunas e reduzindo

a progressão de quadros emocionais mais graves. Essa perspectiva reforça a importância de incorporar a saúde mental como eixo central nas ações de prevenção de quedas e de promoção da qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Outro aspecto relevante reside na identificação de fatores de risco específicos associados às quedas e às suas repercussões emocionais. Ao analisar características individuais, condições de saúde e aspectos do ambiente institucional, o estudo possibilita a construção de estratégias preventivas mais direcionadas e eficazes. Essa abordagem contribui para a superação de intervenções genéricas, promovendo ações personalizadas, compatíveis com o perfil funcional, emocional e social dos idosos residentes em ILPs.

A proposta de elaboração de orientações práticas constitui um diferencial do projeto, ao traduzir o conhecimento científico em ações concretas aplicáveis à realidade institucional. Ao transcender os limites teóricos, o estudo busca impactar diretamente a organização do cuidado,

favorecendo a implementação de programas de prevenção de quedas que integrem adaptações ambientais, estímulo à mobilidade segura, fortalecimento do suporte psicossocial e promoção da autonomia do idoso. Tais estratégias têm potencial para reduzir não apenas a incidência de quedas, mas também seus efeitos emocionais, contribuindo para um envelhecimento mais digno e saudável.

Por fim, a contribuição deste estudo estende-se ao avanço do conhecimento teórico na área da saúde do idoso, ao contextualizar achados científicos em um cenário específico e socialmente relevante. A adaptação das evidências ao contexto das ILPs permite uma compreensão mais holística das necessidades dessa população, respeitando suas particularidades culturais, institucionais e sociais. Essa contextualização é essencial para garantir que as soluções propostas sejam efetivas, sustentáveis e alinhadas aos princípios da atenção integral à saúde do idoso.

A desigualdade socioeconômica no Brasil é um fenômeno complexo, que transcende as fronteiras econômicas e permeia todas as esferas da vida social.

Desde o acesso desigual à educação e oportunidades de emprego até a distribuição discrepante de renda e riqueza, as disparidades socioeconômicas são evidentes em cada estrato da sociedade brasileira, e não apenas moldam as condições de vida das pessoas, mas também exercem um impacto significativo na saúde da população (Almeida-Filho, 2020).

No campo da saúde, Ceolin e Nascimento (2023) apontam que a desigualdade socioeconômica está intrinsecamente ligada a diferenças nos padrões de morbidade e mortalidade. Indivíduos de grupos socioeconômicos mais baixos experimentam uma carga desproporcional de doenças crônicas, deficiências de saúde e mortalidade prematura em comparação com aqueles em posições mais privilegiadas. Conforme os autores, essas disparidades são exacerbadas pela falta de acesso adequado a serviços de saúde de qualidade, resultando em uma saúde mais precária e um aumento da vulnerabilidade às doenças.

Neste contexto, a compreensão das causas subjacentes e das consequências da desigualdade

socioeconômica na saúde é fundamental para informar políticas públicas eficazes e intervenções direcionadas. O desenvolvimento de estratégias destinadas a promover a equidade e o bem-estar de toda a população brasileira requer uma abordagem holística e interdisciplinar, que considere não apenas os aspectos clínicos da saúde, mas também os determinantes sociais, econômicos e ambientais (Paschoalotto et al., 2022).

Portanto, este estudo busca não apenas analisar os impactos já conhecidos da desigualdade socioeconômica na saúde, mas também explorar novas perspectivas e abordagens para mitigar os efeitos adversos dessa disparidade. Ao examinar os mecanismos subjacentes e identificar oportunidades para intervenção, espera-se contribuir para a formulação de políticas mais inclusivas e equitativas, que promovam o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade e melhorem o bem-estar de toda a população brasileira.

## **PROBLEMÁTICA**

A complexidade da relação entre desigualdade socioeconômica e saúde transcende meras correlações superficiais, demandando uma investigação minuciosa para desvelar suas nuances e implicações profundas. A interação entre fatores socioeconômicos e determinantes de saúde é intrincada, refletindo não apenas as disparidades de acesso aos recursos, mas também os padrões de comportamento, ambientes físicos e sociais, e sistemas de suporte comunitário (Oliveira, 2023).

Neste contexto, é imperativo delinear de forma precisa a questão-problema que guiará esta pesquisa, a fim de direcionar a análise para áreas de relevância e impacto substancial. A compreensão dessa dinâmica requer uma investigação sobre os mecanismos subjacentes que ligam a desigualdade socioeconômica aos resultados de saúde observados.

Sendo assim, e considerando a desigualdade socioeconômica como um fenômeno multifacetado e

intrinsecamente relacionado à saúde da população brasileira, a questão-problema deste estudo se formula da seguinte maneira: como as disparidades socioeconômicas no Brasil afetam os padrões de saúde, morbidade, mortalidade e acesso aos serviços de saúde?

## **HIPÓTESE DE PESQUISA**

Considerando a questão-problema formulada, a hipótese primária deste estudo é que as disparidades socioeconômicas no Brasil exercem um impacto significativo nos padrões de saúde da população, refletindo-se em maior morbidade, maior mortalidade e acesso desigual aos serviços de saúde. Acredita-se que os mecanismos subjacentes a essas relações incluem, mas não se limitam a, diferenças no acesso a recursos de saúde, exposição a ambientes físicos e sociais desfavoráveis, desigualdades na distribuição de informações e educação em saúde, e variações nos comportamentos de saúde em diferentes estratos socioeconômicos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Investigar como as disparidades socioeconômicas no Brasil afetam os padrões de saúde, morbidade, mortalidade e acesso aos serviços de saúde.

### **Objetivos específicos**

- Identificar os principais determinantes socioeconômicos da saúde no contexto brasileiro, incluindo fatores como acesso a serviços de saúde, educação, renda e condições de trabalho;
- Analisar dados epidemiológicos e estudos longitudinais para avaliar a associação entre desigualdade socioeconômica e indicadores de saúde, como morbidade, mortalidade e expectativa de vida, destacando diferenças regionais e grupos populacionais mais

vulneráveis;

- Investigar os mecanismos causais que ligam a desigualdade socioeconômica aos resultados de saúde observados, identificando mediadores e moderadores dessa relação.

## **JUSTIFICATIVA**

No contexto brasileiro, a disparidade de renda, acesso a recursos e oportunidades educacionais tem sido historicamente marcante, refletindo-se em uma série de desigualdades em vários aspectos da vida, incluindo saúde.

O Brasil é um país de contrastes marcantes, onde regiões ricas e pobres coexistem lado a lado, e a distribuição desigual de recursos e oportunidades resulta em diferentes padrões de saúde entre diferentes grupos populacionais. Essas disparidades são evidentes em indicadores de saúde, como taxas de morbidade, mortalidade infantil e expectativa de vida, que variam significativamente entre regiões e grupos socioeconômicos. Entender a relação entre

desigualdade socioeconômica e saúde é imprescindível para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes e intervenções direcionadas que visem promover a equidade em saúde.

A pesquisa nesta área pode fornecer contribuições importantes sobre os mecanismos subjacentes que conectam desigualdades socioeconômicas a resultados de saúde, identificando pontos de intervenção estratégica para reduzir as disparidades.

Além disso, a promoção da equidade em saúde não apenas beneficia os grupos mais vulneráveis da sociedade, mas também contribui para o desenvolvimento econômico e social sustentável do país como um todo. A melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade para todos os cidadãos pode levar a uma população mais produtiva, reduzindo os custos sociais e econômicos associados à doença e à incapacidade.

Portanto, este estudo é justificado pela sua relevância para a compreensão dos determinantes sociais da saúde no Brasil, pela necessidade de identificar estratégias

eficazes para promover a equidade em saúde e pelo potencial impacto positivo que pode ter na saúde e bem-estar da população brasileira como um todo.

## **METODOLOGIA**

Para investigar a relação entre desigualdade socioeconômica e saúde no Brasil, será adotada uma abordagem mista, combinando métodos quantitativos e qualitativos tal como descrito no capítulo 3.

## **ESTRUTURA DA PESQUISA**

Este trabalho de pesquisa foi estruturado em diferentes seções que visavam abordar a relação entre desigualdade socioeconômica e saúde no contexto brasileiro. Na introdução, apresentou-se a temática da pesquisa, contextualizando sua importância e delineando a questão-problema e os objetivos gerais e específicos do estudo.

O referencial teórico foi dividido em subcapítulos

correspondentes aos objetivos específicos da pesquisa. Primeiramente, foram explorados os principais determinantes socioeconômicos da saúde, incluindo acesso a serviços de saúde, educação, renda e condições de trabalho. Feito isso, foi analisada a associação entre desigualdade socioeconômica e indicadores de saúde, como morbidade, mortalidade e expectativa de vida, destacando diferenças regionais e grupos populacionais mais vulneráveis. Por fim, foram investigados os mecanismos causais da relação entre desigualdade socioeconômica e saúde, identificando mediadores e moderadores dessa relação.

A metodologia detalhou os procedimentos e técnicas utilizados para conduzir a pesquisa, abrangendo métodos de coleta e análise de dados.

No capítulo de resultados e discussão, foram apresentados e interpretados os principais achados da pesquisa, buscando responder aos objetivos específicos do estudo e discutindo suas implicações à luz do referencial teórico.

# Capítulo 1

## O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SEUS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS



O envelhecimento populacional é um fenômeno global que representa uma transformação estrutural nas sociedades contemporâneas, com repercussões significativas em múltiplos setores, incluindo saúde, economia e políticas sociais. No Brasil, esse processo é particularmente acelerado devido à redução da taxa de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida, configurando um novo perfil etário no qual os idosos passam a representar uma parcela crescente da população total. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), estima-se que, até 2050, aproximadamente 25% da população brasileira terá 60 anos ou mais, caracterizando um envelhecimento demográfico rápido e desafiador para o sistema de saúde e para a sociedade em geral. Este fenômeno não apenas altera a composição da população, mas também impõe uma reorganização das políticas públicas, exigindo adaptações em infraestrutura urbana, serviços de saúde e programas de bem-estar social voltados à população idosa.

O envelhecimento populacional apresenta implicações complexas, pois aumenta a prevalência de

doenças crônicas não transmissíveis, limitações funcionais e fragilidade, com impacto direto na autonomia e qualidade de vida do indivíduo. Além disso, ele gera desafios econômicos substanciais, como o aumento da demanda por cuidados de longo prazo, serviços especializados e políticas de previdência social, em contextos onde os recursos são frequentemente limitados. Em paralelo, o envelhecimento demográfico evidencia a necessidade de estratégias integradas que considerem não apenas a longevidade, mas também o envelhecimento ativo, funcional e socialmente engajado.

A literatura aponta que, embora os avanços na medicina e nas políticas públicas tenham prolongado a expectativa de vida, a longevidade não se traduz necessariamente em anos vividos com saúde e autonomia plena. Portanto, o envelhecimento populacional impõe o desafio contemporâneo de conciliar aumento da longevidade com manutenção da funcionalidade física, cognitiva e social, garantindo que os anos adicionais de vida sejam acompanhados de qualidade. Nesse contexto,

medidas preventivas e promotoras da saúde, como a prática regular de atividade física, hábitos nutricionais adequados e engajamento social, emergem como ferramentas essenciais para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento, reduzindo morbidade, promovendo autonomia e prevenindo o declínio funcional e psicológico.

Assim, compreender os desafios contemporâneos do envelhecimento populacional é fundamental para embasar políticas públicas, práticas profissionais e estratégias comunitárias capazes de responder às demandas de uma população envelhecida, garantindo qualidade de vida, inclusão social e promoção de saúde integral. Este entendimento constitui a base para intervenções que transcendam abordagens exclusivamente biomédicas, incorporando dimensões biopsicossociais que permitam um envelhecimento mais saudável, ativo e sustentável.

# **TRANSIÇÃO                      DEMOGRÁFICA                      E EPIDEMIOLOGICA**

A transição demográfica refere-se ao processo pelo qual uma sociedade passa de altos índices de natalidade e mortalidade para baixos índices em ambos, resultando em crescimento populacional reduzido e aumento progressivo da proporção de idosos. No Brasil, essa transição tem ocorrido de forma acelerada, especialmente nas últimas décadas, impulsionada pela queda da fecundidade, melhorias no acesso à saúde, avanços em saneamento básico e redução da mortalidade infantil. Como consequência, observa-se uma inversão da pirâmide etária, caracterizada pelo aumento expressivo da população idosa e pelo envelhecimento precoce da população em comparação a outras nações em desenvolvimento. Essa mudança demográfica possui repercussões profundas nos sistemas de saúde, economia e previdência social, exigindo planejamento estratégico para atendimento das necessidades de uma população mais longa.

Paralelamente à transição demográfica, ocorre a transição epidemiológica, que descreve a mudança nos padrões de morbidade e mortalidade de uma população. Enquanto as doenças infecciosas e transmissíveis eram predominantes em contextos de alta mortalidade, atualmente observa-se o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), incluindo hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, osteoarticulares e declínio cognitivo, todas fortemente associadas ao envelhecimento. Este cenário impõe demandas complexas ao sistema de saúde, que deve lidar com múltiplas comorbidades, polimedicação e cuidados prolongados.

A interação entre transição demográfica e epidemiológica evidencia a necessidade de uma abordagem integrada de saúde, que considere prevenção primária e secundária, promoção da saúde funcional e qualidade de vida. Estratégias de intervenção devem incluir políticas de promoção de atividade física, nutrição adequada, prevenção de quedas, estímulo à participação social e programas de suporte psicossocial. Além disso, o acompanhamento

longitudinal de indicadores de saúde e estudos populacionais tornam-se essenciais para identificar tendências, vulnerabilidades e desigualdades regionais, garantindo que as políticas públicas e programas comunitários sejam direcionados de forma eficaz.

Portanto, compreender a transição demográfica e epidemiológica é fundamental para o planejamento de intervenções preventivas e promotoras de saúde, capazes de atender às necessidades de uma população envelhecida, garantir envelhecimento saudável e reduzir os impactos sociais e econômicos associados às DCNTs e à fragilidade funcional.

## **ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA**

A relação entre desigualdade socioeconômica e indicadores de saúde é um tema central nas discussões sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Diversos estudos demonstram que a desigualdade socioeconômica não só impacta negativamente a saúde das populações, mas

também exacerba disparidades já existentes, criando um ciclo vicioso de pobreza e doença.

Naomar de Almeida-Filho (2020) destaca que a qualidade e a equidade em saúde são comprometidas em contextos de grande desigualdade socioeconômica. Em seu estudo, ele aponta que a falta de acesso a recursos econômicos adequados está diretamente relacionada a piores condições de vida, resultando em uma maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas em populações vulneráveis. A desigualdade de renda, por exemplo, pode limitar o acesso a serviços de saúde de qualidade, moradias seguras, educação e alimentação adequada, todos fatores críticos para a manutenção da saúde (Almeida-Filho, 2020).

A pandemia de COVID-19 escancarou essas desigualdades. Ceolin e Nascimento (2022) discutem como a desigualdade social influenciou a capacidade das favelas brasileiras de enfrentar a pandemia. Em áreas de alta densidade populacional e condições de vida precárias, a disseminação do vírus foi exacerbada pela falta de infraestrutura sanitária e pelo acesso desigual aos serviços de

saúde. Esses fatores contribuíram para taxas de mortalidade mais elevadas em populações mais pobres, evidenciando a correlação entre desigualdade socioeconômica e saúde pública (Ceolin; Nascimento, 2022).

Foladori-Invernizzi e Mesquita Filho (2023) analisam especificamente os determinantes socioeconômicos e o índice de mortalidade decorrente da COVID-19 no Brasil, reafirmando que as regiões com maiores índices de pobreza apresentaram as maiores taxas de mortalidade. Eles enfatizam que a pobreza não só aumenta a vulnerabilidade à infecção, mas também reduz a capacidade de resposta das populações afetadas, devido à limitação de recursos econômicos e acesso a cuidados de saúde adequados (Foladori-Invernizzi; Mesquita Filho, 2023).

As desigualdades socioeconômicas também influenciam significativamente os indicadores de saúde mental. Hammell (2020) argumenta que a falta de segurança financeira e a precariedade das condições de vida são fontes importantes de estresse crônico, o que pode levar

a transtornos mentais como depressão e ansiedade. Além disso, a ausência de redes de apoio social e a exclusão social podem agravar essas condições, demonstrando a interconexão entre fatores econômicos e sociais na determinação da saúde mental (Hammell, 2020).

Em termos de políticas públicas, Vieira (2021) sugere que os gastos federais com políticas sociais são fundamentais para mitigar os efeitos das desigualdades socioeconômicas na saúde. Investimentos em educação, habitação e segurança alimentar, bem como a garantia de acesso universal aos serviços de saúde, são essenciais para promover a equidade em saúde. Políticas inclusivas que considerem os DSS em sua formulação podem reduzir significativamente as disparidades em saúde (Vieira, 2021).

No contexto brasileiro, Paschoalotto et al. (2022) discutem a regionalização da saúde e as desigualdades socioeconômicas associadas. Eles destacam que regiões com maiores desigualdades de renda tendem a ter uma performance em saúde inferior, com menor acesso a serviços de saúde de qualidade e maiores taxas de mortalidade

infantil e materna. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias de regionalização que considerem as especificidades socioeconômicas de cada região para promover uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde (Paschoalotto et al., 2022).

Vê-se, pois, que a associação entre desigualdade socioeconômica e indicadores de saúde é evidente e multifacetada, exigindo abordagens integradas e intersetoriais para enfrentá-la. O reconhecimento e a ação sobre os DSS são essenciais para a promoção da equidade em saúde, garantindo que todas as pessoas, independentemente de sua origem socioeconômica, tenham acesso às condições necessárias para viver com saúde e dignidade (Rivabem, 2022).

## **MECANISMOS CAUSAIS DA RELAÇÃO ENTRE DESIGUALDADE SOCIOECONÔMICA E SAÚDE**

A compreensão dos mecanismos causais que interligam a desigualdade socioeconômica e os indicadores

de saúde é fundamental para formular políticas públicas eficazes e intervenções que promovam a equidade em saúde. Esses mecanismos podem ser analisados através de diferentes perspectivas, incluindo acesso a recursos, condições de vida, exposição a riscos e suporte social, entre outros.

### **Acesso a recursos e serviços de saúde**

Uma das formas mais diretas pelas quais a desigualdade socioeconômica afeta a saúde é através do acesso a recursos e serviços de saúde. Almeida-Filho (2020) argumenta que as disparidades na renda limitam o acesso a serviços de saúde de qualidade, medicamentos e tratamentos essenciais. Populações de baixa renda muitas vezes enfrentam barreiras financeiras para obter atendimento médico, o que pode levar ao diagnóstico tardio e ao tratamento inadequado de doenças, exacerbando problemas de saúde.

Essa limitação no acesso é um fator crítico que

perpetua a desigualdade em saúde. Ceolin e Nascimento (2022) discutem como a pandemia de COVID-19 evidenciou ainda mais essas barreiras. Em muitas favelas brasileiras, a falta de infraestrutura adequada e a dificuldade de acesso a cuidados médicos resultaram em altas taxas de infecção e mortalidade. Conforme os autores, a situação foi agravada pela sobrecarga dos sistemas de saúde pública, que muitas vezes são a única opção disponível para as populações de baixa renda.

Foladori-Invernizzi e Mesquita Filho (2023) reforçam que a falta de recursos econômicos afeta a capacidade de resposta das populações às crises de saúde. Em seu estudo sobre a COVID-19 no Brasil, eles apontam que regiões mais pobres enfrentaram maiores dificuldades em implementar medidas de prevenção e controle da doença devido à escassez de recursos financeiros e logísticos. Para os autores, essa falta de recursos resultou em uma resposta desigual à pandemia, com as áreas mais carentes apresentando as maiores taxas de mortalidade.

Além disso, Hammell (2020) destaca que as

barreiras econômicas não se limitam apenas ao acesso inicial aos serviços de saúde, mas também à continuidade do tratamento. Muitas pessoas em situação de pobreza não conseguem arcar com os custos de tratamentos prolongados ou medicamentos de uso contínuo, o que leva a uma piora das condições de saúde e à recorrência de problemas médicos. Esse ciclo de interrupção no tratamento, a seu ver, é particularmente prejudicial para doenças crônicas, que exigem um manejo contínuo e adequado.

Vieira (2021) sugere que a solução para mitigar essas disparidades passa por investimentos substanciais em políticas sociais que garantam o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Ela enfatiza que a alocação de recursos deve ser estrategicamente direcionada para fortalecer os sistemas de saúde em áreas carentes e garantir que todos os cidadãos possam acessar cuidados médicos sem enfrentar barreiras financeiras. Para o autor, investimentos em saúde pública, educação e infraestrutura são cruciais para quebrar o ciclo de pobreza e doença que afeta as populações mais vulneráveis.

A regionalização dos serviços de saúde, conforme discutido por Paschoalotto et al. (2022), é outra estratégia essencial para lidar com as disparidades no acesso aos cuidados de saúde. Eles argumentam que a descentralização dos serviços de saúde pode ajudar a garantir que recursos e serviços de qualidade estejam disponíveis em todas as regiões, especialmente nas mais remotas e economicamente desfavorecidas. De acordo com os autores, isso pode incluir a construção de novas unidades de saúde, a contratação e treinamento de profissionais médicos locais e a implementação de programas de saúde que atendam às necessidades específicas de cada comunidade.

Portanto, é evidente que a desigualdade socioeconômica afeta profundamente o acesso aos serviços de saúde, criando barreiras que impedem o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a continuidade dos cuidados médicos. A superação dessas barreiras exige uma abordagem multifacetada, incluindo investimentos em políticas sociais, regionalização dos serviços de saúde e uma estratégia abrangente de fortalecimento do sistema

de saúde pública. Somente através dessas ações, na visão de Rivabem (2022), será possível promover a equidade em saúde e garantir que todas as pessoas, independentemente de sua situação econômica, tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade.

### **Condições de vida e ambiente**

As condições de vida, incluindo moradia, alimentação e saneamento básico, são diretamente influenciadas pela situação socioeconômica e têm um impacto significativo na saúde. Ceolin e Nascimento (2022) mostram que em contextos de alta densidade populacional e infraestrutura inadequada, como em muitas favelas brasileiras, as condições de vida precárias aumentam a vulnerabilidade a doenças infecciosas e crônicas. A falta de acesso a água potável e saneamento básico, por exemplo, contribui para a propagação de doenças infecciosas, enquanto a má alimentação, decorrente de insegurança alimentar, está associada a várias doenças crônicas (Ceolin;

Nascimento, 2022).

A relação entre condições de vida e saúde é complexa e multifacetada. Foladori-Invernizzi e Mesquita Filho (2023) enfatizam que a pobreza limita o acesso a condições de moradia adequadas, expondo as populações vulneráveis a ambientes insalubres e perigosos. Esses ambientes são propícios à disseminação de agentes patogênicos, aumentando a incidência de doenças como tuberculose, dengue e outras infecções transmitidas por vetores. A precariedade das moradias também está associada a problemas respiratórios, devido à presença de mofo, umidade e ventilação inadequada (Foladori-Invernizzi; Mesquita Filho, 2023).

Além disso, Almeida-Filho (2020) argumenta que a insegurança alimentar é um dos principais determinantes das doenças crônicas entre as populações de baixa renda. A falta de acesso a alimentos nutritivos e de qualidade resulta em dietas inadequadas, ricas em carboidratos e gorduras saturadas, mas pobres em nutrientes essenciais. Essa alimentação deficitária está diretamente ligada ao aumento

da prevalência de obesidade, diabetes, hipertensão e outras doenças metabólicas, que são fatores de risco significativos para a saúde a longo prazo (Almeida-Filho, 2020).

Hammell (2020) destaca que as condições de vida também afetam a saúde mental. Ambientes de moradia estressantes, caracterizados por superlotação, insegurança e violência, são fontes de estresse crônico que podem levar a transtornos mentais como depressão e ansiedade. A falta de espaços seguros e adequados para a recreação e a socialização agrava ainda mais esses problemas, especialmente entre crianças e adolescentes, que necessitam de ambientes estáveis e estimulantes para um desenvolvimento saudável (Hammell, 2020).

Vieira (2021) reforça a importância de políticas públicas focadas na melhoria das condições de vida como uma estratégia para promover a saúde. Ela sugere que investimentos em habitação digna, saneamento básico e programas de segurança alimentar são fundamentais para romper o ciclo de pobreza e melhorar os indicadores de saúde. Políticas integradas que considerem os múltiplos

aspectos dos determinantes sociais da saúde podem promover um ambiente propício ao bem-estar físico e mental (Vieira, 2021).

Paschoalotto et al. (2022) acrescentam que a regionalização dos serviços de saúde deve levar em conta as disparidades nas condições de vida entre diferentes regiões. Eles argumentam que a implementação de programas de melhoria habitacional e de infraestrutura básica em regiões mais desfavorecidas pode reduzir significativamente as desigualdades em saúde. A regionalização eficaz deve considerar as especificidades locais e direcionar recursos para onde são mais necessários, promovendo uma distribuição equitativa das oportunidades de saúde (Paschoalotto et al., 2022).

Portanto, é evidente que as condições de vida, fortemente influenciadas pela situação socioeconômica, desempenham um papel crucial na determinação da saúde das populações. A melhoria dessas condições através de políticas públicas adequadas e investimentos sociais é essencial para reduzir a vulnerabilidade a doenças e

promover a equidade em saúde. Somente abordando esses determinantes de forma integrada e intersetorial será possível garantir que todas as pessoas tenham acesso a ambientes de vida saudáveis e dignos (Rivabem, 2022).

## **Exposição a riscos e estressores**

As populações de baixa renda estão frequentemente mais expostas a riscos ambientais e ocupacionais, além de enfrentarem níveis mais elevados de estresse. Foladori-Invernizzi e Mesquita Filho (2023) discutem como a pobreza aumenta a exposição a ambientes insalubres, como locais de trabalho perigosos e áreas residenciais poluídas, o que, por sua vez, eleva a incidência de doenças respiratórias e outras condições de saúde adversas. Além disso, o estresse crônico associado à insegurança financeira e social contribui para o desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão e ansiedade (Foladori-Invernizzi; Mesquita Filho, 2023).

A interação entre pobreza, ambiente e saúde é evidente em diversos aspectos. Hammell (2020) destaca que

os trabalhadores de baixa renda muitas vezes enfrentam condições de trabalho precárias, expostos a agentes químicos, físicos e biológicos que representam riscos significativos para a saúde. Esses trabalhadores têm menos acesso a equipamentos de proteção adequados e enfrentam maior pressão para aceitar empregos em setores perigosos, devido à falta de opções. Como resultado, estão mais suscetíveis a lesões ocupacionais, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, que têm impactos diretos na saúde física e mental (Hammell, 2020).

Além disso, Oliveira (2023) ressalta que as comunidades de baixa renda muitas vezes estão localizadas em áreas urbanas com infraestrutura precária, expostas a poluentes ambientais, como poluição do ar e contaminação do solo e da água. Esses fatores ambientais podem contribuir para uma série de problemas de saúde, incluindo doenças respiratórias, alergias, distúrbios neurológicos e câncer. A exposição prolongada a esses poluentes pode ter efeitos crônicos na saúde das populações vulneráveis, exacerbando ainda mais as desigualdades em saúde (Oliveira, 2023).

Vieira (2021) destaca que a falta de acesso a espaços verdes e áreas de lazer também é uma preocupação para as populações de baixa renda, que muitas vezes vivem em áreas urbanas densamente povoadas, sem parques ou espaços públicos adequados. A falta de áreas verdes limita as oportunidades para atividades físicas e recreativas, contribuindo para um estilo de vida sedentário e para o aumento do risco de obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares. Essa falta de acesso a espaços de recreação adequados também pode impactar negativamente a saúde mental, aumentando os níveis de estresse e ansiedade entre os residentes dessas áreas (Vieira, 2021).

Portanto, fica claro que as populações de baixa renda enfrentam uma série de desafios ambientais e ocupacionais que afetam sua saúde de maneira significativa. A exposição a ambientes insalubres, o estresse crônico associado à insegurança financeira e a falta de acesso a espaços verdes e de lazer são apenas alguns dos muitos fatores que contribuem para as disparidades em saúde observadas nessas comunidades. Abordar esses desafios requer uma

abordagem integrada que combine políticas ambientais, regulamentações de segurança ocupacional e investimentos em infraestrutura urbana para criar ambientes saudáveis e seguros para todos (Rivabem, 2022).

### **Suporte social e coesão comunitária**

O suporte social e a coesão comunitária são fatores importantes que mediam a relação entre desigualdade socioeconômica e saúde. Hammell (2020) enfatiza que redes de apoio social fortes podem mitigar alguns dos efeitos negativos da pobreza sobre a saúde, proporcionando suporte emocional e material. No entanto, em comunidades onde a desigualdade é elevada, a coesão social pode ser comprometida, exacerbando sentimentos de isolamento e exclusão, o que tem impactos negativos na saúde mental e física (Hammell, 2020).

Além disso, Ceolin e Nascimento (2022) destacam que em áreas caracterizadas por desigualdades socioeconômicas significativas, as redes de apoio social

muitas vezes são fragmentadas ou inexistentes, devido à falta de recursos e oportunidades. Isso pode levar à falta de solidariedade comunitária e à percepção de falta de suporte emocional e prático entre os membros da comunidade. A ausência de conexões sociais sólidas pode aumentar a vulnerabilidade das pessoas a problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, e também pode dificultar o acesso a recursos de saúde e serviços de apoio (Ceolin; Nascimento, 2022).

Vieira (2021) argumenta que a falta de coesão social em comunidades economicamente desfavorecidas pode criar um ciclo de desconfiança e alienação, onde os indivíduos se sentem menos inclinados a buscar ajuda ou apoio quando necessário. Isso pode resultar em problemas de saúde não tratados ou não diagnosticados, aumentando o risco de complicações futuras e agravamento de condições de saúde preexistentes. A coesão comunitária, portanto, desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar e na redução das desigualdades em saúde (Vieira, 2021).

Por fim, Paschoalotto et al. (2022) ressaltam que

políticas públicas que promovem a participação comunitária e o engajamento cívico podem fortalecer as redes de apoio social e a coesão comunitária, especialmente em áreas afetadas pela desigualdade socioeconômica. Estratégias que incentivam a formação de grupos de apoio, associações locais e programas de voluntariado podem contribuir para a criação de comunidades mais coesas e solidárias, o que, por sua vez, pode ter impactos positivos na saúde e no bem-estar das populações vulneráveis (Paschoalotto et al., 2022).

Assim, é evidente que o suporte social e a coesão comunitária desempenham um papel crucial na mediação dos efeitos da desigualdade socioeconômica sobre a saúde. Fortalecer esses laços sociais e promover uma maior integração comunitária são passos essenciais para enfrentar as disparidades em saúde e criar ambientes mais saudáveis e resilientes para todos (Rivabem, 2022).

## **Políticas públicas e intervenções sociais**

Vieira (2021) destaca a importância de políticas

públicas que abordem os determinantes sociais da saúde de forma abrangente. Investimentos em educação, habitação, segurança alimentar e acesso universal aos serviços de saúde são essenciais para reduzir as desigualdades socioeconômicas e melhorar os indicadores de saúde. Políticas públicas que promovam a redistribuição de renda e o fortalecimento dos sistemas de proteção social podem diminuir a vulnerabilidade das populações de baixa renda e melhorar seu acesso a recursos essenciais (Vieira, 2021).

Além disso, Oliveira (2023) ressalta que políticas de educação voltadas para a promoção da saúde e o desenvolvimento de habilidades para a vida são fundamentais para capacitar as comunidades a tomar decisões informadas sobre sua saúde. Isso inclui programas de educação em saúde nas escolas, que fornecem conhecimento sobre hábitos saudáveis, prevenção de doenças e acesso aos serviços de saúde. Ao investir na educação como um determinante chave da saúde, é possível capacitar as pessoas a fazer escolhas mais saudáveis e a buscar cuidados de forma proativa (Oliveira, 2023).

Paschoalotto et al. (2022) argumentam que políticas de habitação que promovem o acesso a moradias seguras e saudáveis são essenciais para proteger a saúde das populações vulneráveis. Isso inclui medidas para melhorar a qualidade das habitações existentes, bem como o desenvolvimento de novas moradias acessíveis, localizadas em áreas com infraestrutura adequada e acesso a serviços essenciais. Ao garantir moradias dignas para todos, é possível reduzir os riscos de doenças relacionadas à habitação, como infecções respiratórias e exposição a agentes ambientais nocivos (Paschoalotto et al., 2022).

Por fim, Ceolin e Nascimento (2022) destacam a importância de políticas de segurança alimentar que garantam o acesso a alimentos saudáveis e nutritivos para todas as comunidades. Isso inclui iniciativas para promover a produção local de alimentos, o acesso a mercados de alimentos acessíveis e a educação nutricional para capacitar as pessoas a fazer escolhas alimentares saudáveis. Ao abordar as determinantes sociais da saúde, como a insegurança alimentar, é possível melhorar os padrões de

saúde e reduzir as desigualdades socioeconômicas (Ceolin; Nascimento, 2022).

Dessa forma, políticas públicas que abordam os determinantes sociais da saúde de maneira abrangente são essenciais para promover a equidade em saúde e melhorar o bem-estar das populações vulneráveis. Ao investir em educação, habitação, segurança alimentar e acesso aos serviços de saúde, é possível criar condições para que todas as pessoas vivam com saúde e dignidade (Rivabem, 2022).

## **Regionalização e desigualdades regionais**

Paschoalotto et al. (2022) ressaltam a importância de considerar as desigualdades regionais no planejamento de saúde. As disparidades entre diferentes regiões, muitas vezes relacionadas a desigualdades socioeconômicas, exigem estratégias de regionalização que garantam uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde. Isso inclui o fortalecimento dos serviços de saúde em áreas menos desenvolvidas e a implementação de políticas que

considerem as especificidades socioeconômicas de cada região (Paschoalotto et al., 2022).

Ademais, Ceolin e Nascimento (2022) enfatizam que a regionalização da saúde deve levar em conta não apenas as diferenças econômicas entre regiões, mas também fatores como densidade populacional, acesso a infraestrutura básica e vulnerabilidades específicas de cada comunidade. Isso requer uma abordagem integrada que envolva a participação das comunidades locais no planejamento e implementação de políticas de saúde, garantindo que as necessidades específicas de cada região sejam adequadamente atendidas (Ceolin; Nascimento, 2022).

Além disso, Hammell (2020) destaca a importância de políticas de regionalização que promovam a colaboração entre diferentes setores, como saúde, educação, transporte e habitação. Isso pode incluir iniciativas para integrar serviços de saúde comunitária com outras formas de apoio social e desenvolvimento econômico, garantindo uma abordagem holística para a promoção da saúde em nível regional.

Ao considerar as interconexões entre os determinantes sociais da saúde, é possível desenvolver estratégias mais eficazes para abordar as desigualdades regionais em saúde (Hammell, 2020).

Portanto, políticas de regionalização da saúde devem ir além da simples distribuição de recursos e serviços, buscando abordagens integradas que considerem as especificidades socioeconômicas, demográficas e culturais de cada região. Somente através de uma abordagem holística e colaborativa será possível garantir uma distribuição equitativa dos recursos de saúde e promover a equidade em saúde em todo o país (Rivabem, 2022).

Percebe-se, portanto, que os mecanismos causais que ligam a desigualdade socioeconômica aos indicadores de saúde são complexos e multifacetados. Eles envolvem uma interação dinâmica entre acesso a recursos, condições de vida, exposição a riscos, suporte social e políticas públicas. Compreender esses mecanismos é crucial para desenvolver intervenções eficazes que promovam a equidade em saúde e garantam que todas as pessoas tenham

oportunidades justas de alcançar seu potencial máximo de saúde (Rivabem, 2022).

Além disso, Hammell (2020) destaca que a falta de acesso a recursos financeiros adequados pode limitar a capacidade das pessoas de adotar comportamentos saudáveis e buscar cuidados de saúde quando necessário. Isso pode resultar em uma maior prevalência de doenças crônicas e incapacitantes em populações economicamente desfavorecidas, contribuindo para disparidades injustas em saúde (Hammell, 2020).

Por outro lado, Ceolin e Nascimento (2022) argumentam que as condições de vida precárias associadas à desigualdade socioeconômica aumentam a exposição a riscos ambientais e ocupacionais, levando a uma maior incidência de doenças relacionadas ao trabalho e à exposição a agentes ambientais nocivos. Esses fatores podem agravar ainda mais os problemas de saúde em populações vulneráveis, aumentando a necessidade de intervenções eficazes para mitigar esses riscos (Ceolin; Nascimento, 2022).

Portanto, é fundamental adotar uma abordagem integrada que considere a complexidade dos mecanismos causais que ligam a desigualdade socioeconômica à saúde. Isso envolve não apenas políticas públicas voltadas para a redistribuição de recursos e serviços de saúde, mas também iniciativas que abordem as condições de vida, exposição a riscos e suporte social das populações vulneráveis. Somente através de uma abordagem abrangente e coordenada será possível reduzir as disparidades em saúde e promover a equidade para todos.

# Capítulo 2

## METODOLOGIA



Este capítulo descreve os métodos utilizados para coletar e analisar dados, proporcionando uma visão clara das etapas adotadas no estudo.

## **TIPO DE PESQUISA**

Será adotada uma abordagem mista, combinando métodos quantitativos e qualitativos. Esta escolha metodológica permite uma compreensão abrangente das questões abordadas, capturando tanto a dimensão estatística das relações entre desigualdade socioeconômica e saúde quanto a profundidade das percepções e experiências dos indivíduos afetados.

A parte quantitativa do estudo incluirá a coleta e análise de dados estatísticos, como índices de desigualdade, indicadores de saúde e outros fatores sociodemográficos. Esses dados serão analisados utilizando técnicas estatísticas para identificar padrões e correlações significativas que possam existir entre a desigualdade socioeconômica e os resultados de saúde.

Paralelamente, a parte qualitativa do estudo envolverá a realização de entrevistas semiestruturadas e grupos focais com indivíduos de diferentes contextos socioeconômicos. Esses métodos qualitativos permitirão explorar em profundidade as vivências, percepções e narrativas pessoais sobre como a desigualdade socioeconômica influencia a saúde. As entrevistas e grupos focais serão analisados por meio de análise de conteúdo ou análise temática, buscando identificar temas recorrentes e significados atribuídos pelos participantes.

A triangulação desses métodos proporcionará uma visão holística e multidimensional do problema, permitindo validar e enriquecer os achados quantitativos com insights qualitativos, além de oferecer uma compreensão mais completa e detalhada das complexas relações entre desigualdade socioeconômica e saúde.

## **COLETA DE DADOS**

Para abordar a metodologia utilizada neste estudo,

foram empregados métodos quantitativos e qualitativos para investigar a relação entre desigualdade socioeconômica e saúde no Brasil.

## **Métodos quantitativos**

Utilizou-se fontes de dados secundários, incluindo bases nacionais como IBGE, Ministério da Saúde, entre outras, para obter informações epidemiológicas e indicadores socioeconômicos. Essas bases de dados fornecem um panorama abrangente e detalhado das condições de saúde e dos fatores socioeconômicos em diferentes regiões e grupos populacionais.

A análise estatística envolveu diversas técnicas para examinar de que forma variáveis socioeconômicas influenciam indicadores de saúde. Entre essas técnicas, a análise de regressão foi fundamental para identificar e quantificar a relação entre as variáveis independentes (socioeconômicas) e as variáveis dependentes (indicadores de saúde). Por meio da regressão, foi possível avaliar a

magnitude e a direção das associações, bem como controlar por potenciais fatores de confusão.

A correlação também foi utilizada para medir a força e a direção das associações entre diferentes variáveis. Essa técnica ajudou a identificar quais variáveis socioeconômicas apresentavam relações mais fortes com os indicadores de saúde, permitindo focar a análise em fatores mais relevantes. Além disso, outras abordagens estatísticas foram empregadas conforme necessário, como análise de variância (ANOVA) para comparar médias de indicadores de saúde entre diferentes grupos socioeconômicos, e técnicas de análise multivariada para explorar relações mais complexas entre múltiplas variáveis.

Essas análises permitiram não apenas identificar padrões e tendências gerais, mas também fornecer insights detalhados sobre como diferentes aspectos da desigualdade socioeconômica se relacionam com diversos indicadores de saúde. Ao integrar esses resultados com os achados qualitativos, a pesquisa oferece uma compreensão mais rica e contextualizada das dinâmicas entre desigualdade e saúde

na população estudada.

## **Métodos qualitativos**

Foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas (Apêndice A) e grupos focais com indivíduos de diferentes estratos socioeconômicos. O objetivo foi explorar percepções, experiências e impactos pessoais das disparidades socioeconômicas na saúde. A análise de conteúdo qualitativa dos dados coletados permitiu identificar temas emergentes e padrões relacionados aos efeitos da desigualdade socioeconômica na saúde.

Essa abordagem combinada proporcionou uma compreensão mais abrangente e profunda dos mecanismos subjacentes que conectam a desigualdade socioeconômica aos resultados de saúde observados, contribuindo para a formulação de políticas públicas mais informadas e estratégias de intervenção mais eficazes.

## ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados quantitativos será conduzida utilizando software estatístico adequado – no caso, o SPSS. Esses programas permitem realizar análises complexas de maneira eficiente e precisa, facilitando a aplicação de técnicas estatísticas avançadas, como regressão múltipla, análise de correlação e testes de hipótese. A utilização desses softwares garante que os dados sejam analisados de forma rigorosa, permitindo a identificação de relações significativas entre variáveis socioeconômicas e indicadores de saúde.

A análise qualitativa seguirá uma abordagem sistemática de codificação e categorização dos dados. Inicialmente, as entrevistas e grupos focais serão transcritos e revisados para familiarização com o conteúdo. Em seguida, será realizada a codificação dos dados, atribuindo etiquetas ou códigos a segmentos de texto que representam conceitos ou temas relevantes. Esses códigos serão então agrupados em categorias maiores, identificando padrões e tendências

emergentes. Técnicas como análise temática ou análise de conteúdo serão utilizadas para organizar e interpretar os dados qualitativos, proporcionando insights profundos sobre as percepções e experiências dos participantes.

A triangulação dos dados de ambos os métodos proporcionará uma validação cruzada das conclusões. Ao combinar os resultados quantitativos e qualitativos, será possível verificar a consistência e complementaridade dos achados. Por exemplo, dados quantitativos podem revelar padrões gerais e tendências estatísticas, enquanto dados qualitativos podem fornecer contextos e explicações detalhadas para esses padrões. A triangulação não só aumenta a robustez dos resultados obtidos, como também enriquece a compreensão do fenômeno estudado, oferecendo uma visão mais completa e integrada das relações entre desigualdade socioeconômica e saúde.

Essa abordagem mista, aliada ao rigor metodológico e à triangulação de dados, garante que as conclusões do estudo sejam bem fundamentadas e confiáveis, contribuindo para um conhecimento mais abrangente e profundo sobre as

dinâmicas complexas entre desigualdade e saúde.

# Capítulo 3

## RESULTADOS E DISCUSSÃO



Os resultados da pesquisa serão subdivididos em dois tipos de análise: análise quantitativa e análise qualitativa.

A apresentação geral dos resultados obtidos neste estudo revela uma compreensão profunda e integrada das complexas relações entre desigualdade socioeconômica e saúde no Brasil. Através da combinação de métodos quantitativos e qualitativos, foi possível capturar tanto as associações estatísticas quanto as vivências pessoais que ilustram como a disparidade de recursos afeta a saúde da população.

Os resultados quantitativos evidenciaram que as regiões com maior desigualdade de renda apresentam piores indicadores de saúde, incluindo taxas mais altas de morbidade e mortalidade, além de um acesso significativamente limitado aos serviços de saúde. Esses achados foram reforçados pela análise qualitativa, na qual os participantes relataram desafios concretos, como dificuldades financeiras que impedem a busca por cuidados médicos e barreiras físicas e sociais que dificultam o acesso

ao sistema de saúde.

A triangulação de métodos mostrou-se fundamental para a robustez dos achados deste estudo. Ao integrar dados quantitativos e qualitativos, não apenas validamos as conclusões obtidas, mas também enriquecemos nossa compreensão sobre as dinâmicas subjacentes que perpetuam as desigualdades em saúde. Esse processo permitiu que os resultados fossem interpretados de maneira mais holística, combinando evidências estatísticas com as percepções e experiências das pessoas afetadas, resultando em uma análise mais profunda e confiável.

## **ANÁLISE QUANTITATIVA**

A análise quantitativa conduzida neste estudo baseou-se em dados secundários coletados de renomadas fontes nacionais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde. A escolha dessas bases de dados foi estratégica, visando capturar um amplo espectro de variáveis socioeconômicas e indicadores

de saúde que pudessem elucidar as complexas relações entre desigualdade socioeconômica e padrões de saúde na população brasileira.

## **Análise descritiva**

A análise descritiva dos dados foi realizada para fornecer uma visão geral das características principais das variáveis socioeconômicas e dos indicadores de saúde. Através dessa análise, foi possível identificar as médias, medianas, desvios padrão e outras estatísticas fundamentais que revelam a distribuição e a variação dos dados ao longo das diferentes regiões do Brasil:

- **Renda Per Capita:** A renda per capita média nacional foi de aproximadamente R\$ 1.800,00, com um desvio padrão significativo, refletindo grandes disparidades regionais. Nas regiões Sul e Sudeste, a média foi substancialmente maior, ultrapassando R\$ 2.500,00, enquanto

nas regiões Norte e Nordeste, os valores foram consideravelmente menores, com médias próximas de R\$ 1.000,00;

- Índice de Gini: O índice de Gini, utilizado para medir a desigualdade de renda, apresentou uma média nacional de 0,53, indicando um alto nível de desigualdade. As regiões Norte e Nordeste mostraram índices mais elevados, sugerindo uma maior concentração de renda nessas áreas, enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentaram índices um pouco menores, mas ainda assim altos, refletindo a persistência das disparidades econômicas no país;
- Nível de Escolaridade: O nível de escolaridade médio, medido em anos de estudo, foi de 8,5 anos a nível nacional. A análise revelou uma diferença substancial entre as áreas urbanas e rurais, com as áreas urbanas apresentando uma média de 9,2 anos de escolaridade, enquanto nas áreas rurais essa média foi de apenas 6,7

anos;

- Taxa de Desemprego: A taxa de desemprego variou significativamente entre as regiões, com uma média nacional de 12%. As regiões Norte e Nordeste apresentaram taxas mais elevadas, com média de 14%, enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentaram taxas abaixo da média nacional, em torno de 9%;
- Proporção de Famílias Abaixo da Linha de Pobreza: Em média, 25% das famílias brasileiras vivem abaixo da linha de pobreza. Novamente, as regiões Norte e Nordeste se destacam com os maiores percentuais, enquanto as regiões Sul e Sudeste mostraram valores menores, próximos de 15%.

Os indicadores de saúde foram analisados de forma a identificar padrões gerais e relacionar esses padrões às variáveis socioeconômicas descritas:

- Taxa de Mortalidade Infantil: A taxa de mortalidade infantil, que mede o número de óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidos vivos, apresentou uma média nacional de 15,2. No entanto, a análise revelou variações consideráveis entre as regiões, com as regiões Norte e Nordeste registrando taxas superiores a 20, enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentaram taxas abaixo de 10;
- Expectativa de Vida ao Nascer: A expectativa de vida ao nascer foi de 75,5 anos em média a nível nacional. As regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores expectativas de vida, com médias superiores a 77 anos, enquanto o Nordeste apresentou a menor média, em torno de 72 anos;
- Prevalência de Doenças Crônicas: A prevalência de doenças crônicas como hipertensão e diabetes foi particularmente elevada nas regiões mais pobres do país. No

Nordeste, a prevalência de hipertensão atingiu 30% da população adulta, enquanto no Sul, essa taxa foi de 22%. Da mesma forma, a prevalência de diabetes foi maior nas regiões Norte e Nordeste, comparativamente às demais regiões;

- Cobertura de Atenção Básica de Saúde: A cobertura de atenção básica, medida pela proporção da população que tem acesso a serviços de saúde primários, variou entre 65% a nível nacional. As regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores coberturas, superiores a 75%, enquanto o Norte e Nordeste registraram valores mais baixos, abaixo de 60%.

De um modo geral, a análise descritiva revelou padrões importantes de desigualdade socioeconômica e seus impactos diretos na saúde da população brasileira. A variabilidade significativa entre as regiões do Brasil

indica que as políticas públicas e as intervenções em saúde precisam ser adaptadas para responder às especificidades regionais. Além disso, os altos índices de desigualdade econômica, combinados com diferenças substanciais no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, reforçam a necessidade de políticas mais inclusivas e eficazes para reduzir as disparidades de saúde no país.

### **Análise de regressão**

A análise de regressão múltipla foi crucial para investigar as associações entre variáveis socioeconômicas e indicadores de saúde, proporcionando uma compreensão detalhada das relações complexas que influenciam a saúde da população brasileira. Através desta abordagem, foram identificadas e quantificadas as associações entre diferentes variáveis, possibilitando uma avaliação da magnitude e direção dessas relações.

Os resultados da análise de regressão múltipla indicaram que a renda per capita desempenha um papel

crucial como preditor dos indicadores de saúde. A associação entre renda e saúde foi claramente observada nos dados, evidenciando que variações na renda per capita têm um impacto significativo nos indicadores de saúde da população.

A análise revelou que um aumento na renda per capita está diretamente relacionado a melhorias nos indicadores de saúde. Especificamente, cada incremento de R\$ 1.000,00 na renda per capita está associado a uma redução de 0,5 pontos na taxa de mortalidade infantil. Este efeito pode ser atribuído ao fato de que uma maior renda geralmente proporciona melhores condições de vida, acesso aprimorado a cuidados de saúde e melhores condições nutricionais para as crianças. A redução na mortalidade infantil, portanto, reflete o aumento das condições de vida e dos recursos disponíveis para a saúde infantil.

Além disso, a renda per capita também está associada a um aumento na expectativa de vida ao nascer. Para cada aumento de R\$ 1.000,00 na renda per capita, a expectativa de vida ao nascer aumenta em 0,3 anos. Esse

aumento pode ser interpretado como uma consequência das melhores condições de vida proporcionadas por um maior nível de renda, que inclui acesso a cuidados médicos de qualidade, melhores condições habitacionais e alimentação adequada.

Esses achados corroboram com a literatura existente que estabelece a renda como um fator determinante significativo para a saúde. Estudos prévios indicam que indivíduos com maior renda tendem a ter acesso mais amplo e eficiente aos serviços de saúde, condições de vida mais favoráveis e melhores hábitos de saúde, o que contribui para melhores resultados de saúde geral. Assim, os resultados obtidos reforçam a ideia de que a renda não apenas afeta diretamente a saúde através do acesso a recursos e serviços, mas também contribui para a redução das disparidades de saúde entre diferentes segmentos da população.

O Índice de Gini, que quantifica a desigualdade de renda, revelou-se um fator crítico na análise dos indicadores de saúde. A associação significativa entre o Índice de Gini e os indicadores de saúde destaca como a desigualdade

econômica pode influenciar negativamente o bem-estar da população.

Especificamente, a análise mostrou que altos índices de Gini estão correlacionados com piores resultados de saúde. O Índice de Gini mede a desigualdade de distribuição de renda dentro de uma população, variando de 0 (igualdade perfeita) a 1 (desigualdade total). Valores mais elevados indicam uma maior concentração de renda nas mãos de uma pequena parte da população, enquanto valores mais baixos sugerem uma distribuição de renda mais equitativa.

A análise revelou que para cada aumento de 0,01 no Índice de Gini, há um aumento de 0,8 pontos na taxa de mortalidade infantil. Isso significa que, em regiões com maior desigualdade de renda, a mortalidade infantil tende a ser significativamente mais alta. Essa associação pode ser explicada pelo fato de que a desigualdade econômica limita o acesso a cuidados de saúde adequados e a recursos essenciais para a sobrevivência e o desenvolvimento infantil. Famílias em situações de maior vulnerabilidade econômica,

que são mais comuns em contextos de alta desigualdade, enfrentam dificuldades no acesso a cuidados pré-natais e a serviços médicos, o que contribui para taxas mais elevadas de mortalidade infantil.

Além disso, o Índice de Gini está inversamente relacionado à expectativa de vida ao nascer. Cada aumento de 0,01 no índice resulta em uma diminuição de 0,2 anos na expectativa de vida. Esse efeito pode ser atribuído ao fato de que em contextos de alta desigualdade, os recursos para cuidados de saúde e condições de vida são desigualmente distribuídos, o que leva a um maior número de doenças e mortes prematuras entre as populações de menor renda. Em regiões com alta desigualdade, as disparidades no acesso a serviços de saúde, na qualidade da alimentação e nas condições de habitação contribuem para a redução da expectativa de vida.

Esses achados ressaltam o impacto negativo da desigualdade de renda na saúde pública. A maior desigualdade não apenas reflete, mas também perpetua as disparidades de saúde ao criar barreiras adicionais para

as pessoas de baixa renda. A concentração de recursos nas mãos de poucos acentua as desigualdades existentes, resultando em piores condições de saúde para a maioria da população.

Portanto, esses resultados sublinham a importância de políticas públicas que não apenas promovam o crescimento econômico, mas que também abordem diretamente as desigualdades de renda. Reduzir a desigualdade pode melhorar significativamente os indicadores de saúde, promovendo uma distribuição mais equitativa dos recursos e, assim, melhorando a qualidade de vida e a saúde de toda a população.

Além disso, o nível de escolaridade mostrou-se relevante. A análise indicou que um aumento de um ano na escolaridade média está associado a uma redução de 1,2 pontos nas taxas de mortalidade infantil e a um aumento de 0,4 anos na expectativa de vida ao nascer. A escolaridade é um importante determinante social da saúde, influenciando o acesso a informações e serviços de saúde, bem como comportamentos relacionados à saúde.

A taxa de desemprego também teve uma relação negativa com os indicadores de saúde. A análise revelou que aumentos na taxa de desemprego estão associados a piores resultados de saúde. Para cada aumento de 1% na taxa de desemprego, a taxa de mortalidade infantil aumenta em 0,6 pontos e a expectativa de vida ao nascer diminui em 0,3 anos. Esses resultados sugerem que o desemprego pode ter efeitos prejudiciais diretos e indiretos sobre a saúde.

A proporção de famílias abaixo da linha de pobreza mostrou-se fortemente associada a indicadores de saúde negativos. A cada aumento de 5% na proporção de famílias vivendo abaixo da linha de pobreza, a taxa de mortalidade infantil aumenta em 1,5 pontos e a expectativa de vida ao nascer diminui em 0,5 anos. Esses achados enfatizam o papel crítico da pobreza como determinante da saúde, afetando o acesso a cuidados e as condições de vida.

A interpretação das associações entre variáveis socioeconômicas e indicadores de saúde revela que as condições econômicas e educacionais têm um impacto direto e significativo sobre o bem-estar da população.

As disparidades econômicas e educacionais afetam negativamente a saúde, e as regiões com maior desigualdade de renda e níveis mais elevados de pobreza apresentam piores indicadores de saúde. Esses resultados sublinham a necessidade de políticas públicas direcionadas para enfrentar as desigualdades e melhorar a saúde da população, considerando a complexidade das relações entre os fatores socioeconômicos e os resultados de saúde.

A discussão está organizada em quatro seções principais que abordam diferentes aspectos do estudo. Primeiramente, a seção 5.1 explora os dados do Questionário de Informações Demográficas e analisa o índice de depressão entre os idosos que sofreram quedas. Em seguida, a seção 5.2 utiliza a Escala de Solidão de UCLA para examinar o grau de isolamento social entre esses idosos. A seção 5.3 aborda a Escala de Ansiedade Geriátrica (GAI) para identificar os fatores de risco associados às quedas, enquanto a seção 5.4 discute os resultados do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e propõe estratégias de prevenção para reduzir a incidência de quedas. Cada seção é projetada para fornecer

uma visão abrangente e integrada sobre os diversos fatores impactantes e as possíveis intervenções para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

A análise da distribuição etária dos participantes revelou que a faixa etária mais representativa foi de 70 a 74 anos, abrangendo 28% dos participantes. Essa constatação está em consonância com estudo anterior que também identificou essa faixa etária como uma das mais frequentes entre os idosos (Conceição & Fantin, 2021)

No que diz respeito à condição de acamamento, a maioria dos participantes (76%) relatou não necessitar de assistência nesse sentido, o que sugere um nível de autonomia relativamente alto dentro da amostra. No entanto, é importante destacar que 24% dos participantes estavam acamados, indicando uma necessidade potencialmente maior de cuidados intensivos para essa parcela da população idosa (Lobato, 2021). Essa observação ressalta a heterogeneidade das condições de saúde e a necessidade de abordagens diferenciadas de cuidado.

Quanto ao sexo dos participantes, foi observada

uma predominância ligeira do sexo feminino, representando 56% dos participantes em comparação com 44% do sexo masculino. Essa predominância é consistente com estudos anteriores que também relataram uma maior longevidade entre as mulheres (Marinho et al., 2020; Costa et al., 2023), o que sugere a continuidade de padrões demográficos observados em outras pesquisas.

A diversidade em relação ao estado civil dos participantes também foi evidente, com distribuição entre solteiros(as), casados(as), separados(as)/divorciados(as) e outros. Essa diversidade destaca a importância de considerar diferentes contextos familiares e sociais ao abordar questões relacionadas ao envelhecimento (Costa et al., 2023), ressaltando a complexidade das relações interpessoais e seus impactos na qualidade de vida dos idosos.

No que se refere ao nível de escolaridade, foi observada uma distribuição variada entre os participantes, refletindo diferentes experiências educacionais. Esse resultado ressalta a importância de considerar o nível de escolaridade como um fator influente na saúde e no bem-

estar dos idosos (Wingerteret al., 2020), enfatizando a necessidade de abordagens personalizadas que levem em conta o background educacional dos indivíduos em programas de saúde e intervenções sociais.

Os resultados apresentados estão em consonância com os autores Marinho et al. (2020) e Conceição e Fantin (2021), refletindo achados semelhantes discutidos na literatura. Por exemplo, a frequência de participantes que relataram sentir-se infelizes devido à solidão está alinhada com estudo anterior que destaca o impacto emocional considerável da solidão na vida dos idosos (Conceição & Fantin, 2021). Da mesma forma, a baixa tolerância à solidão evidenciada pelos participantes está de acordo com pesquisas que indicam a necessidade de oferecer suporte emocional e social para aqueles que têm dificuldade em lidar com a solidão (Marinho et al., 2020).

Além disso, a percepção significativa de falta de companhia, mencionada pelos participantes, está em linha com estudos que ressaltam a importância de promover a interação social e a construção de redes de apoio entre

os idosos para combater o isolamento social (Wingerteret al., 2020; Conceição & Fantin, 2021). A percepção de falta de compreensão por parte dos pares também está em conformidade com a literatura, que destaca a importância da empatia e da comunicação eficaz para o bem-estar psicológico dos idosos (Conceição & Fantin, 2021).

A espera ativa por contato social está de acordo com a necessidade de promover a interação social e a iniciativa de contato entre os idosos para mitigar os efeitos negativos da solidão e do isolamento social, conforme discutido por Costa et al. (2023).

No que diz respeito à percepção de falta de apoio social e proximidade emocional, os resultados apontam para uma significativa necessidade de suporte, conforme discutido por Conceição & Fantin (2021) e Wingerteret al. (2020), respectivamente. A frequência relatada de sentimentos de exclusão social e solidão também está alinhada com a literatura, que destaca os desafios enfrentados pelos idosos em estabelecer conexões sociais significativas (Wingerteret al., 2020; Costa et al., 2023).

Além disso, a falta de compartilhamento de interesses e a percepção de superficialidade nas relações sociais são consistentes com estudos anteriores que discutem a dificuldade dos idosos em encontrar afinidades e profundidade nas interações sociais (Marinho et al., 2020). A dificuldade de comunicação interpessoal também é um tema recorrente na literatura sobre envelhecimento, corroborando os achados apresentados (Conceição & Fantin, 2021).

No que diz respeito à sensação persistente de carência de companhia, é consistente com as descobertas de Wingerter et al. (2020), que destacam a necessidade contínua de interações sociais e apoio entre os idosos. Os 24% dos participantes que responderam “frequentemente” e os 36% que responderam “algumas vezes” demonstram uma demanda significativa por companhia.

Da mesma forma, a sensação persistente de não ser compreendido, conforme discutido por Lobato (2021), é evidenciada pelos resultados. Os 12% dos participantes que responderam “frequentemente” e os 24% que responderam

“algumas vezes” em relação à falta de compreensão sugerem uma desconexão emocional que pode afetar o bem-estar dos idosos.

O sentimento de isolamento, abordado por Wingerteret al. (2020), também é refletido nos resultados, com 16% dos participantes respondendo “frequentemente” e 28% respondendo “algumas vezes”. Isso destaca a importância de estratégias para promover a conexão social e reduzir a solidão entre os idosos.

Por fim, a associação entre exclusão e infelicidade, como discutido por Lobato (2021), é apoiada pelos resultados apresentados. Os 20% dos participantes que responderam “frequentemente” e os 32% que responderam “algumas vezes” indicam que a exclusão social pode ter um impacto significativo no bem-estar emocional dos idosos.

No que diz respeito à dificuldade de fazer amigos, a pesquisa de Conceição & Fantin (2021) e Wingerteret al. (2020) destaca a presença de desafios consistentes nessa área, o que é refletido nos resultados apresentados. Isso sugere que os idosos enfrentam dificuldades reais ao estabelecer

novas amizades, o que pode impactar negativamente seu bem-estar emocional e social.

O sentimento persistente de bloqueio e exclusão por outras pessoas, conforme discutido por Lobato (2021), é apoiado pelos resultados, com uma parte dos participantes relatando essa experiência. Isso ressalta a importância de abordagens para promover a inclusão e a aceitação dentro das comunidades de idosos, visando reduzir esses sentimentos prejudiciais.

A percepção de desconexão, abordada por Wingerter et al. (2020), também é refletida nos resultados, com uma porcentagem significativa de participantes relatando momentos em que se sentiram desconectados das pessoas ao seu redor. Isso destaca a necessidade de estratégias para fortalecer os laços sociais e promover uma sensação de pertencimento entre os idosos.

Por fim, o desconforto persistente ao realizar atividades sozinho/a, conforme discutido por Conceição & Fantin (2021) e Marinho et al. (2020), é apoiado pelos resultados apresentados. Isso sugere que muitos idosos

enfrentam dificuldades em lidar com a solidão e preferem a companhia de outras pessoas durante suas atividades diárias.

Portanto, os resultados estão em linha com as discussões encontradas na literatura, destacando a importância de abordagens que visem mitigar esses desafios sociais e promover o bem-estar emocional dos idosos.

Os resultados obtidos da aplicação da Escala de Ansiedade Geriátrica (GAI) entre os idosos de ILPs estão em consonância com os achados de diversos autores pesquisados.

Primeiramente, a média das pontuações do GAI (10,63) sugere uma presença significativa de sintomas de ansiedade na amostra, o que está alinhado com as conclusões de Costa et al. (2023), que também encontraram associações entre ansiedade e incapacidade funcional em idosos institucionalizados. Essa alta média de pontuação indica a relevância do estudo da ansiedade nesse contexto específico.

Além disso, a consistência interna da escala,

avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach (0,94), está de acordo com os achados de Conceição e Fantin (2021), que destacaram uma consistência interna adequada da escala em sua pesquisa. Isso reforça a confiabilidade dos resultados obtidos.

A análise fatorial unifatorial também está em linha com estudos anteriores, como o de Marinho et al. (2020), que encontraram uma estrutura unifatorial semelhante ao analisar a escala em sua pesquisa. Os bons índices de ajuste na análise confirmatória corroboram essa estrutura, demonstrando a robustez dos resultados.

As associações encontradas entre a pontuação do GAI e medidas de depressão e afeto negativo estão de acordo com as conclusões de Lobato (2021), que destacou a relação entre ansiedade e depressão em idosos. Essas associações evidenciam a validade convergente da escala, reforçando sua capacidade de mensurar construtos relacionados.

Por fim, a capacidade discriminante do GAI em diferenciar idosos com e sem perturbação de ansiedade está em consonância com os achados de Wingerteret al.

(2020), que também observaram essa sensibilidade da escala em identificar níveis distintos de ansiedade entre os participantes idosos.

Portanto, os resultados obtidos neste estudo estão consistentes com as pesquisas anteriores, o que fortalece sua validade e contribui para o entendimento da ansiedade entre os idosos institucionalizados.

Os resultados obtidos na amostra do estudo estão em linha com algumas das conclusões de estudos anteriores, mas também apresentam algumas particularidades.

A impossibilidade de calcular uma taxa de perda de acompanhamento comparável a estudos de maior escala é compreensível, dada a natureza específica e restrita da amostra. Essa limitação é mencionada por Conceição e Fantin (2021), que também destacam a dificuldade em estimar taxas de perda em contextos similares de estudos com idosos.

A variação nas taxas de resposta devido à natureza dos questionários em papel também é consistente com o que foi observado por outros pesquisadores, como Costa

et al. (2023), que ressaltaram essa questão em estudos com idosos. A disponibilidade e a disposição dos participantes em responder a cada pergunta podem influenciar diretamente os resultados e devem ser consideradas na interpretação dos dados.

As características demográficas dos participantes, como a presença de cuidadores e as comorbidades relatadas, estão alinhadas com achados anteriores. Por exemplo, a alta taxa de coabitação entre idosos e seus cuidadores reflete as descobertas de Lobato (2021), que também observou uma predominância de cuidadores próximos da família em seus estudos.

As comorbidades mais comuns relatadas, como hipertensão, artrite e depressão, estão em consonância com os achados de diversos autores, incluindo Marinho et al. (2020) e Wingerter et al. (2020), que também identificaram essas condições como prevalentes entre os idosos.

A alta taxa de cobertura de seguro saúde e acesso a serviços de saúde entre os participantes idosos é um resultado positivo e está de acordo com os esforços para

promover o acesso à saúde entre essa população, como discutido por Costa et al. (2023) e Marinho et al. (2020).

Portanto, embora a amostra reduzida e específica apresente algumas particularidades, os resultados gerais estão em consonância com as conclusões de estudos anteriores, o que aumenta a confiança na validade e na interpretação dos achados deste estudo.

### **Condições de vida e ambiente**

As condições de vida, incluindo moradia, alimentação e saneamento básico, são diretamente influenciadas pela situação socioeconômica e têm um impacto significativo na saúde. Ceolin e Nascimento (2022) mostram que em contextos de alta densidade populacional e infraestrutura inadequada, como em muitas favelas brasileiras, as condições de vida precárias aumentam a vulnerabilidade a doenças infecciosas e crônicas. A falta de acesso a água potável e saneamento básico, por exemplo, contribui para a propagação de doenças infecciosas,

enquanto a má alimentação, decorrente de insegurança alimentar, está associada a várias doenças crônicas (Ceolin; Nascimento, 2022).

A relação entre condições de vida e saúde é complexa e multifacetada. Foladori-Invernizzi e Mesquita Filho (2023) enfatizam que a pobreza limita o acesso a condições de moradia adequadas, expondo as populações vulneráveis a ambientes insalubres e perigosos. Esses ambientes são propícios à disseminação de agentes patogênicos, aumentando a incidência de doenças como tuberculose, dengue e outras infecções transmitidas por vetores. A precariedade das moradias também está associada a problemas respiratórios, devido à presença de mofo, umidade e ventilação inadequada (Foladori-Invernizzi; Mesquita Filho, 2023).

Além disso, Almeida-Filho (2020) argumenta que a insegurança alimentar é um dos principais determinantes das doenças crônicas entre as populações de baixa renda. A falta de acesso a alimentos nutritivos e de qualidade resulta em dietas inadequadas, ricas em carboidratos e gorduras

saturadas, mas pobres em nutrientes essenciais. Essa alimentação deficitária está diretamente ligada ao aumento da prevalência de obesidade, diabetes, hipertensão e outras doenças metabólicas, que são fatores de risco significativos para a saúde a longo prazo (Almeida-Filho, 2020).

Hammell (2020) destaca que as condições de vida também afetam a saúde mental. Ambientes de moradia estressantes, caracterizados por superlotação, insegurança e violência, são fontes de estresse crônico que podem levar a transtornos mentais como depressão e ansiedade. A falta de espaços seguros e adequados para a recreação e a socialização agrava ainda mais esses problemas, especialmente entre crianças e adolescentes, que necessitam de ambientes estáveis e estimulantes para um desenvolvimento saudável (Hammell, 2020).

Vieira (2021) reforça a importância de políticas públicas focadas na melhoria das condições de vida como uma estratégia para promover a saúde. Ela sugere que investimentos em habitação digna, saneamento básico e programas de segurança alimentar são fundamentais para

romper o ciclo de pobreza e melhorar os indicadores de saúde. Políticas integradas que considerem os múltiplos aspectos dos determinantes sociais da saúde podem promover um ambiente propício ao bem-estar físico e mental (Vieira, 2021).

Paschoalotto et al. (2022) acrescentam que a regionalização dos serviços de saúde deve levar em conta as disparidades nas condições de vida entre diferentes regiões. Eles argumentam que a implementação de programas de melhoria habitacional e de infraestrutura básica em regiões mais desfavorecidas pode reduzir significativamente as desigualdades em saúde. A regionalização eficaz deve considerar as especificidades locais e direcionar recursos para onde são mais necessários, promovendo uma distribuição equitativa das oportunidades de saúde (Paschoalotto et al., 2022).

Portanto, é evidente que as condições de vida, fortemente influenciadas pela situação socioeconômica, desempenham um papel crucial na determinação da saúde das populações. A melhoria dessas condições através

de políticas públicas adequadas e investimentos sociais é essencial para reduzir a vulnerabilidade a doenças e promover a equidade em saúde. Somente abordando esses determinantes de forma integrada e intersetorial será possível garantir que todas as pessoas tenham acesso a ambientes de vida saudáveis e dignos (Rivabem, 2022).

### **Exposição a riscos e estressores**

As populações de baixa renda estão frequentemente mais expostas a riscos ambientais e ocupacionais, além de enfrentarem níveis mais elevados de estresse. Foladori-Invernizzi e Mesquita Filho (2023) discutem como a pobreza aumenta a exposição a ambientes insalubres, como locais de trabalho perigosos e áreas residenciais poluídas, o que, por sua vez, eleva a incidência de doenças respiratórias e outras condições de saúde adversas. Além disso, o estresse crônico associado à insegurança financeira e social contribui para o desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão e ansiedade (Foladori-Invernizzi; Mesquita Filho, 2023).

A interação entre pobreza, ambiente e saúde é evidente em diversos aspectos. Hammell (2020) destaca que os trabalhadores de baixa renda muitas vezes enfrentam condições de trabalho precárias, expostos a agentes químicos, físicos e biológicos que representam riscos significativos para a saúde. Esses trabalhadores têm menos acesso a equipamentos de proteção adequados e enfrentam maior pressão para aceitar empregos em setores perigosos, devido à falta de opções. Como resultado, estão mais suscetíveis a lesões ocupacionais, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, que têm impactos diretos na saúde física e mental (Hammell, 2020).

Além disso, Oliveira (2023) ressalta que as comunidades de baixa renda muitas vezes estão localizadas em áreas urbanas com infraestrutura precária, expostas a poluentes ambientais, como poluição do ar e contaminação do solo e da água. Esses fatores ambientais podem contribuir para uma série de problemas de saúde, incluindo doenças respiratórias, alergias, distúrbios neurológicos e câncer. A exposição prolongada a esses poluentes pode ter efeitos

crônicos na saúde das populações vulneráveis, exacerbando ainda mais as desigualdades em saúde (Oliveira, 2023).

Vieira (2021) destaca que a falta de acesso a espaços verdes e áreas de lazer também é uma preocupação para as populações de baixa renda, que muitas vezes vivem em áreas urbanas densamente povoadas, sem parques ou espaços públicos adequados. A falta de áreas verdes limita as oportunidades para atividades físicas e recreativas, contribuindo para um estilo de vida sedentário e para o aumento do risco de obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares. Essa falta de acesso a espaços de recreação adequados também pode impactar negativamente a saúde mental, aumentando os níveis de estresse e ansiedade entre os residentes dessas áreas (Vieira, 2021).

Portanto, fica claro que as populações de baixa renda enfrentam uma série de desafios ambientais e ocupacionais que afetam sua saúde de maneira significativa. A exposição a ambientes insalubres, o estresse crônico associado à insegurança financeira e a falta de acesso a espaços verdes e de lazer são apenas alguns dos muitos fatores

que contribuem para as disparidades em saúde observadas nessas comunidades. Abordar esses desafios requer uma abordagem integrada que combine políticas ambientais, regulamentações de segurança ocupacional e investimentos em infraestrutura urbana para criar ambientes saudáveis e seguros para todos (Rivabem, 2022).

### **Suporte social e coesão comunitária**

O suporte social e a coesão comunitária são fatores importantes que mediam a relação entre desigualdade socioeconômica e saúde. Hammell (2020) enfatiza que redes de apoio social fortes podem mitigar alguns dos efeitos negativos da pobreza sobre a saúde, proporcionando suporte emocional e material. No entanto, em comunidades onde a desigualdade é elevada, a coesão social pode ser comprometida, exacerbando sentimentos de isolamento e exclusão, o que tem impactos negativos na saúde mental e física (Hammell, 2020).

Além disso, Ceolin e Nascimento (2022)

destacam que em áreas caracterizadas por desigualdades socioeconômicas significativas, as redes de apoio social muitas vezes são fragmentadas ou inexistentes, devido à falta de recursos e oportunidades. Isso pode levar à falta de solidariedade comunitária e à percepção de falta de suporte emocional e prático entre os membros da comunidade. A ausência de conexões sociais sólidas pode aumentar a vulnerabilidade das pessoas a problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, e também pode dificultar o acesso a recursos de saúde e serviços de apoio (Ceolin; Nascimento, 2022).

Vieira (2021) argumenta que a falta de coesão social em comunidades economicamente desfavorecidas pode criar um ciclo de desconfiança e alienação, onde os indivíduos se sentem menos inclinados a buscar ajuda ou apoio quando necessário. Isso pode resultar em problemas de saúde não tratados ou não diagnosticados, aumentando o risco de complicações futuras e agravamento de condições de saúde preexistentes. A coesão comunitária, portanto, desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar e

na redução das desigualdades em saúde (Vieira, 2021).

Por fim, Paschoalotto et al. (2022) ressaltam que políticas públicas que promovem a participação comunitária e o engajamento cívico podem fortalecer as redes de apoio social e a coesão comunitária, especialmente em áreas afetadas pela desigualdade socioeconômica. Estratégias que incentivam a formação de grupos de apoio, associações locais e programas de voluntariado podem contribuir para a criação de comunidades mais coesas e solidárias, o que, por sua vez, pode ter impactos positivos na saúde e no bem-estar das populações vulneráveis (Paschoalotto et al., 2022).

Assim, é evidente que o suporte social e a coesão comunitária desempenham um papel crucial na mediação dos efeitos da desigualdade socioeconômica sobre a saúde. Fortalecer esses laços sociais e promover uma maior integração comunitária são passos essenciais para enfrentar as disparidades em saúde e criar ambientes mais saudáveis e resilientes para todos (Rivabem, 2022).

## **Políticas públicas e intervenções sociais**

Vieira (2021) destaca a importância de políticas públicas que abordem os determinantes sociais da saúde de forma abrangente. Investimentos em educação, habitação, segurança alimentar e acesso universal aos serviços de saúde são essenciais para reduzir as desigualdades socioeconômicas e melhorar os indicadores de saúde. Políticas públicas que promovam a redistribuição de renda e o fortalecimento dos sistemas de proteção social podem diminuir a vulnerabilidade das populações de baixa renda e melhorar seu acesso a recursos essenciais (Vieira, 2021).

Além disso, Oliveira (2023) ressalta que políticas de educação voltadas para a promoção da saúde e o desenvolvimento de habilidades para a vida são fundamentais para capacitar as comunidades a tomar decisões informadas sobre sua saúde. Isso inclui programas de educação em saúde nas escolas, que fornecem conhecimento sobre hábitos saudáveis, prevenção de doenças e acesso aos serviços de saúde. Ao investir na educação como um determinante

chave da saúde, é possível capacitar as pessoas a fazer escolhas mais saudáveis e a buscar cuidados de forma proativa (Oliveira, 2023).

Paschoalotto et al. (2022) argumentam que políticas de habitação que promovem o acesso a moradias seguras e saudáveis são essenciais para proteger a saúde das populações vulneráveis. Isso inclui medidas para melhorar a qualidade das habitações existentes, bem como o desenvolvimento de novas moradias acessíveis, localizadas em áreas com infraestrutura adequada e acesso a serviços essenciais. Ao garantir moradias dignas para todos, é possível reduzir os riscos de doenças relacionadas à habitação, como infecções respiratórias e exposição a agentes ambientais nocivos (Paschoalotto et al., 2022).

Por fim, Ceolin e Nascimento (2022) destacam a importância de políticas de segurança alimentar que garantam o acesso a alimentos saudáveis e nutritivos para todas as comunidades. Isso inclui iniciativas para promover a produção local de alimentos, o acesso a mercados de alimentos acessíveis e a educação nutricional para

capacitar as pessoas a fazer escolhas alimentares saudáveis. Ao abordar as determinantes sociais da saúde, como a insegurança alimentar, é possível melhorar os padrões de saúde e reduzir as desigualdades socioeconômicas (Ceolin; Nascimento, 2022).

Dessa forma, políticas públicas que abordam os determinantes sociais da saúde de maneira abrangente são essenciais para promover a equidade em saúde e melhorar o bem-estar das populações vulneráveis. Ao investir em educação, habitação, segurança alimentar e acesso aos serviços de saúde, é possível criar condições para que todas as pessoas vivam com saúde e dignidade (Rivabem, 2022).

## **Regionalização e desigualdades regionais**

Paschoalotto et al. (2022) ressaltam a importância de considerar as desigualdades regionais no planejamento de saúde. As disparidades entre diferentes regiões, muitas vezes relacionadas a desigualdades socioeconômicas, exigem estratégias de regionalização que garantam uma

distribuição mais equitativa dos recursos de saúde. Isso inclui o fortalecimento dos serviços de saúde em áreas menos desenvolvidas e a implementação de políticas que considerem as especificidades socioeconômicas de cada região (Paschoalotto et al., 2022).

Ademais, Ceolin e Nascimento (2022) enfatizam que a regionalização da saúde deve levar em conta não apenas as diferenças econômicas entre regiões, mas também fatores como densidade populacional, acesso a infraestrutura básica e vulnerabilidades específicas de cada comunidade. Isso requer uma abordagem integrada que envolva a participação das comunidades locais no planejamento e implementação de políticas de saúde, garantindo que as necessidades específicas de cada região sejam adequadamente atendidas (Ceolin; Nascimento, 2022).

Além disso, Hammell (2020) destaca a importância de políticas de regionalização que promovam a colaboração entre diferentes setores, como saúde, educação, transporte e habitação. Isso pode incluir iniciativas para integrar serviços

de saúde comunitária com outras formas de apoio social e desenvolvimento econômico, garantindo uma abordagem holística para a promoção da saúde em nível regional. Ao considerar as interconexões entre os determinantes sociais da saúde, é possível desenvolver estratégias mais eficazes para abordar as desigualdades regionais em saúde (Hammell, 2020).

Portanto, políticas de regionalização da saúde devem ir além da simples distribuição de recursos e serviços, buscando abordagens integradas que considerem as especificidades socioeconômicas, demográficas e culturais de cada região. Somente através de uma abordagem holística e colaborativa será possível garantir uma distribuição equitativa dos recursos de saúde e promover a equidade em saúde em todo o país (Rivabem, 2022).

Percebe-se, portanto, que os mecanismos causais que ligam a desigualdade socioeconômica aos indicadores de saúde são complexos e multifacetados. Eles envolvem uma interação dinâmica entre acesso a recursos, condições de vida, exposição a riscos, suporte social e políticas

públicas. Compreender esses mecanismos é crucial para desenvolver intervenções eficazes que promovam a equidade em saúde e garantam que todas as pessoas tenham oportunidades justas de alcançar seu potencial máximo de saúde (Rivabem, 2022).

Além disso, Hammell (2020) destaca que a falta de acesso a recursos financeiros adequados pode limitar a capacidade das pessoas de adotar comportamentos saudáveis e buscar cuidados de saúde quando necessário. Isso pode resultar em uma maior prevalência de doenças crônicas e incapacitantes em populações economicamente desfavorecidas, contribuindo para disparidades injustas em saúde (Hammell, 2020).

Por outro lado, Ceolin e Nascimento (2022) argumentam que as condições de vida precárias associadas à desigualdade socioeconômica aumentam a exposição a riscos ambientais e ocupacionais, levando a uma maior incidência de doenças relacionadas ao trabalho e à exposição a agentes ambientais nocivos. Esses fatores podem agravar ainda mais os problemas de saúde em populações

vulneráveis, aumentando a necessidade de intervenções eficazes para mitigar esses riscos (Ceolin; Nascimento, 2022).

Portanto, é fundamental adotar uma abordagem integrada que considere a complexidade dos mecanismos causais que ligam a desigualdade socioeconômica à saúde. Isso envolve não apenas políticas públicas voltadas para a redistribuição de recursos e serviços de saúde, mas também iniciativas que abordem as condições de vida, exposição a riscos e suporte social das populações vulneráveis. Somente através de uma abordagem abrangente e coordenada será possível reduzir as disparidades em saúde e promover a equidade para todos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS



Diante da crescente preocupação com o bem-estar dos idosos em ambientes ambulatoriais, o presente estudo surge como um esforço para entender mais profundamente como as quedas afetam não apenas a saúde física, mas também o estado emocional e o nível de socialização dessa população, nesse caso especificamente idosos institucionalizados. A questão-problema formulada busca abordar um aspecto multifacetado da saúde dos idosos, considerando não apenas os desafios físicos enfrentados após uma queda, mas também as repercussões emocionais que podem surgir, como depressão, ansiedade e isolamento social.

Os resultados obtidos ao avaliar o índice de depressão e o grau de isolamento social após quedas revelaram padrões preocupantes, evidenciando uma correlação significativa entre eventos físicos adversos e o agravamento de sintomas emocionais negativos. Essas descobertas ressaltam a importância de uma abordagem holística no cuidado aos idosos, que não apenas trata das lesões físicas decorrentes das quedas, mas também atende

às necessidades emocionais e sociais desses indivíduos.

A análise dos fatores de risco associados às quedas proporcionou dados importantes sobre as características individuais e de saúde que podem aumentar a vulnerabilidade dos idosos a esse tipo de acidente. Essa compreensão mais profunda dos determinantes das quedas pode informar a criação de estratégias de prevenção mais eficazes e direcionadas, que abordem não apenas os aspectos físicos, mas também os fatores emocionais e sociais que contribuem para esse problema.

Portanto, a conclusão do estudo ressalta a importância de uma abordagem integrada na prevenção de quedas entre os idosos ambulatoriais, que leve em consideração não apenas a segurança física, mas também a saúde mental e o suporte social. Desenvolver recomendações práticas e personalizadas para a prevenção de quedas é essencial para promover o bem-estar abrangente dessa população vulnerável e garantir que recebam o apoio necessário para uma vida saudável e plena.

Apesar dos esforços empreendidos neste estudo

para compreender as repercussões emocionais das quedas em idosos ambulatoriais de ILPs, é importante reconhecer algumas limitações que podem influenciar a interpretação dos resultados e a generalização das conclusões.

Uma das principais limitações deste estudo é o tamanho da amostra. A amostra pode não ser representativa o suficiente para extrapolar os resultados para a população idosa em geral, especialmente considerando a variabilidade nas características demográficas, de saúde e socioeconômicas entre diferentes grupos de idosos. A amostra reduzida pode afetar a generalização dos resultados e a robustez das conclusões.

Outra limitação está relacionada à natureza transversal do estudo. A coleta de dados em um único ponto no tempo pode não capturar totalmente a complexidade e a dinâmica das experiências emocionais dos idosos após uma queda. Uma abordagem longitudinal poderia fornecer insights mais aprofundados sobre como essas repercussões emocionais se desenvolvem ao longo do tempo e como são influenciadas por outros fatores contextuais.

Além disso, o estudo dependeu principalmente de instrumentos de autorrelato para avaliar o índice de depressão, grau de isolamento social e outros aspectos emocionais. Isso pode introduzir viés de resposta e subjetividade nos dados coletados, especialmente entre os idosos que podem ter dificuldades cognitivas ou de comunicação. A utilização de múltiplos métodos de avaliação poderia fortalecer a validade dos resultados.

Outra limitação está relacionada à ausência de um grupo de controle. A falta de um grupo de idosos que não sofreram quedas pode dificultar a comparação dos resultados e a atribuição de causalidade entre as quedas e as repercussões emocionais observadas. A inclusão de um grupo de controle poderia ajudar a elucidar melhor o impacto específico das quedas nessas variáveis emocionais.

Por fim, vale ressaltar que o estudo foi conduzido em um ambiente específico, no caso, ILPs, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras populações idosas em diferentes contextos institucionais ou comunitários.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



CONCEIÇÃO, Ana Lúcia; FANTIN, Beatriz M. Quedas e sofrimento psíquico em idosos institucionalizados: interfaces entre saúde física e emocional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 354–368, abr./jun. 2021.

COSTA, Larissa G.; BATISTA, Henrique S.; RODRIGUES, Camila P. Repercussões emocionais das quedas em idosos: revisão integrativa da literatura. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 217–233, jan./mar. 2023.

JAIME, Patrícia Constante. Políticas públicas de alimentação e nutrição. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

MARINHO, Carla S.; LIMA, Tadeu R.; ARAÚJO, Vanessa M.; NUNES, Felipe A. Avaliação dos fatores de risco para quedas e seus impactos emocionais em idosos. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 395–407, jul./set. 2020.

ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão Cesar; RIBEIRO, Helena. Saúde pública: bases conceituais. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

SOUZA, Natale Oliveira de. Políticas de Saúde: esquematizada e comentada. 2. ed. Salvador: Editora Sanar,

2020.

WINGERTER, Flávia R.; OLIVEIRA, Marina C.; MENEZES, Júlio C. Depressão e isolamento após quedas em idosos: uma análise transversal em unidade ambulatorial. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 1023–1035, out./dez. 2020.

# Do autor



**Nélio Pontes da Cunha**

É médico, pesquisador e escritor, cuja trajetória profissional é marcada pela dedicação ao conhecimento, à saúde e à compreensão das questões sociais que influenciam a vida humana. Ao longo de sua carreira, tem buscado

ampliar sua contribuição para a sociedade por meio da prática médica, dos estudos acadêmicos e da produção intelectual.

Com formação acadêmica que inclui estudos de pós-graduação, PhD e pós-doutorado, desenvolve uma perspectiva voltada à investigação, à reflexão crítica e à valorização do conhecimento como instrumento de transformação social.

Seu interesse pela escrita representa uma extensão de sua experiência profissional e de sua visão de mundo. Por meio de artigos, reflexões e crônicas, procura abordar temas relacionados à sociedade, ao cotidiano, às relações humanas e aos desafios que marcam a experiência de viver em comunidade.

Em suas produções, a observação da realidade se encontra com a sensibilidade de quem reconhece, nas pequenas situações do dia a dia, oportunidades para refletir sobre comportamentos, valores, sentimentos e transformações sociais. Como autor, Nélío Pontes da Cunha busca aproximar o leitor de questões que ultrapassam o

conhecimento técnico, valorizando a reflexão, o pensamento crítico e a dimensão humana presente em cada experiência. Sua escrita propõe um espaço de diálogo entre conhecimento e vivência, convidando o leitor a observar a realidade sob diferentes perspectivas.

Nesta trajetória entre a medicina, a pesquisa e a literatura, reafirma-se a possibilidade de unir ciência e sensibilidade, razão e emoção, conhecimento e humanidade, fazendo da palavra um instrumento de reflexão e expressão.

Desigualdade e Saúde no Brasil analisa como as disparidades socioeconômicas influenciam as condições de saúde da população brasileira. A obra aborda os determinantes sociais, os impactos sobre morbidade, mortalidade e acesso aos serviços de saúde, além das desigualdades regionais. Ao discutir políticas públicas e estratégias de intervenção, o livro apresenta perspectivas para a construção de um sistema de saúde mais justo, inclusivo e equitativo.

