

Promoção da saúde da pessoa idosa na atenção primária: praxis e desafios

Research Article

 Open access



Health promotion for older adults in primary health care: practices and challenges

Promoción de la salud de adultos mayores en la atención primaria: prácticas y desafíos

Como citar este artigo:

Silva, Fernanda Souza Tomé da; Souza, Júlia Graciela de; Weimer, Luiz Eduardo; Macuch, Regiane da Silva; Assis, Bianca Pereira de; Santos, Aliny de Lima. Promoção da saúde da pessoa idosa na Atenção Primária: praxis e desafios. Revista Cuidarte. 2026;17(3):e5409 <https://doi.org/10.15649/cuidarte.5409>

Highlights

- Ações voltadas às pessoas idosas nas Unidades Básicas de Saúde são escassas, revelando invisibilidade desse grupo nas políticas locais de Promoção da Saúde.
- Limitações de recursos, infraestrutura precária, pressões assistenciais e fragilidades no planejamento dificultam a realização contínua e qualificada das ações de Promoção da Saúde voltadas às pessoas idosas na Atenção Primária.
- A baixa adesão da população idosa às atividades revela necessidade de maior vínculo com a comunidade para fortalecer o engajamento.
- A centralização das decisões, a falta de apoio institucional e a ausência de escuta qualificada desmotivam profissionais e comprometem o desenvolvimento de ações inovadoras nas Unidades Básicas de Saúde.

Revista Cuidarte

Rev Cuid. 2026; 17(3): e5409

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.5409>



E-ISSN: 2346-3414

 Fernanda Souza Tomé da Silva¹

 Júlia Graciela de Souza²

 Luiz Eduardo Weimer³

 Regiane da Silva Macuch⁴

 Bianca Pereira de Assis⁵

 Aliny de Lima Santos⁶

1. Universidade Cesumar – UNICESUMAR, Itajaí, Brasil. E-mail: nandatome@gmail.com

2. Universidade Cesumar – UNICESUMAR, Blumenau, Brasil. E-mail: nutrijuliagraciela@gmail.com

3. Prefeitura de Navegantes, Navegantes, Brasil. E-mail: enf.luiweimer@gmail.com

4. Universidade Cesumar – UNICESUMAR, Maringá, Brasil. E-mail: regiane.macuch@unicesumar.edu.br

5. Universidade Cesumar – UNICESUMAR, Maringá, Brasil. E-mail: biancaassis23@gmail.com

6. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, Brasil. E-mail: alsantos@uem.br

Resumo

Introdução: As ações de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) são fundamentais para prevenir agravos e melhorar a qualidade de vida da população, especialmente das pessoas idosas. No entanto, a implementação dessas ações enfrenta desafios estruturais e organizacionais. **Objetivo:** Mapear ações de Promoção da Saúde para pessoas idosas realizadas na APS de um município de Santa Catarina, e compreender os desafios para sua implementação e execução na perspectiva de profissionais de saúde atuantes. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado no paradigma construtivista e utilizando a Avaliação de Quarta Geração. Foram realizadas entrevistas com oito profissionais da Estratégia Saúde da Família e levantamento das ações coletivas desenvolvidas. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2024 e janeiro de 2025, sendo os dados analisados manualmente pelo Método Comparativo Constante, sem utilização de software de análise qualitativa. **Resultados:** Os resultados apontaram dificuldades na adesão da comunidade, escassez de recursos, além de fragilidades na organização das ações de Promoção da Saúde voltadas às pessoas idosas. Além disso, observou-se a predominância de ações voltadas a doenças crônicas, enquanto iniciativas direcionadas ao envelhecimento ativo são pouco exploradas. **Discussão:** Observou-se a necessidade de capacitação contínua dos profissionais, maior articulação entre gestão e equipes de saúde e a adoção de estratégias mais efetivas de engajamento da comunidade. **Conclusão:** Concluiu-se que superar barreiras institucionais e estruturais é essencial para garantir maior equidade no acesso às práticas preventivas e promocionais.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Saúde Pública; Pessoas Idosas.

Recebido: 30 de junho de 2025

Aceito: 2 de março de 2026

Publicado: 8 de setembro de 2026

 *Autor de correspondência

Aliny de Lima Santos

Email: alsantos@uem.br

Health promotion for older adults in primary health care: practices and challenges

Abstract

Introduction: Health promotion actions in Primary Health Care (PHC) are essential for preventing health problems and improving the population's quality of life, particularly among older adults. However, the implementation of these actions faces structural and organizational challenges. **Objective:** To map Health Promotion activities for older adults carried out in PHC in a municipality in Santa Catarina and to understand the challenges related to their implementation and execution from the perspective of practicing health professionals. **Materials and Methods:** This qualitative study was grounded in the constructivist paradigm and employed Fourth Generation Evaluation. Interviews were conducted with eight Family Health Strategy professionals, and a mapping of the collective activities offered was conducted. Data was collected between December 2024 and January 2025, and manually analyzed using the Constant Comparative Method, without the use of qualitative data analysis software. **Results:** The findings indicated difficulties in community engagement, limited resources, and weaknesses in the organization of health promotion actions for older adults. In addition, there was a predominance of initiatives focused on chronic diseases, while actions aimed at active aging remain underexplored. **Discussion:** The results highlight the need for continuous professional training, stronger coordination between management and health teams, and the adoption of more effective strategies to engage the community. **Conclusions:** Overcoming institutional and structural barriers is essential to ensure greater equity in access to preventive and health promotion practices.

Keywords: Primary Health Care; Health Promotion; Public Health; Aged.

Promoción de la salud de adultos mayores en la atención primaria: prácticas y desafíos

Resumen

Introducción: Las acciones de promoción de la salud en Atención Primaria de Salud (APS) son fundamentales para prevenir problemas de salud y mejorar la calidad de vida de la población, especialmente de los adultos mayores. Sin embargo, la implementación de estas acciones enfrenta desafíos estructurales y organizativos. **Objetivo:** Mapear las acciones de promoción de la salud para adultos mayores realizadas en APS en un municipio de Santa Catarina y comprender los desafíos para su implementación y ejecución desde la perspectiva de los profesionales de la salud en activo. **Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo, basado en el paradigma constructivista y utilizando la Evaluación de Cuarta Generación. Se realizaron entrevistas a ocho profesionales de la Estrategia de Salud Familiar y se llevó a cabo una encuesta sobre las acciones colectivas desarrolladas. La recolección de datos se realizó entre diciembre de 2024 y enero de 2025, y los datos se analizaron mediante el Método Comparativo Constante. **Resultados:** Los resultados señalaron dificultades en la adherencia comunitaria, escasez de recursos y debilidades en la organización de las acciones de promoción de la salud dirigidas a adultos mayores. Además, predominaron las acciones enfocadas en enfermedades crónicas, mientras que las iniciativas dirigidas al envejecimiento activo están poco exploradas. **Discusión:** Se evidenció la necesidad de capacitación continua para los profesionales, mayor coordinación entre la gerencia y los equipos de salud, y la adopción de estrategias más efectivas de participación comunitaria. **Conclusiones:** Superar las barreras institucionales y estructurales es fundamental para garantizar una mayor equidad en el acceso a las prácticas preventivas y de promoción de la salud.

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud; Promoción de la Salud; Salud Pública; Anciano.

Introdução

A Promoção da Saúde (PS) configura-se como uma ferramenta fundamental para melhorar a qualidade de vida das populações, atuando na redução de desigualdades e na prevenção de agravos¹. Busca, ainda, identificar e agir sobre os fatores que condicionam, facilitam ou dificultam o acesso às opções de vida mais saudáveis².

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) atuam como espaços de implementação das ações de PS, voltadas ao cuidado integral, à manutenção da autonomia para práticas saudáveis e à redução de riscos à saúde da população³. Quando efetivamente realizadas, essas ações ampliam o acesso da população às práticas que promovem o bem-estar físico, mental e social³.

Ações como grupos de dança, atividade física, atividades coletivas sobre alimentação saudável e saberes em plantas medicinais e fitoterapia são exemplos de práticas que vêm se consolidando, no território brasileiro, como estratégias que favorecem a troca de experiências e promovem qualidade de vida e autonomia⁴. Entre elas, destacam-se as pessoas idosas, por meio de iniciativas voltadas à interação social e manutenção de condições físicas e mentais⁴.

Diante do acelerado envelhecimento populacional⁵, amplia-se o debate sobre o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS). Esse cuidado passa a ser compreendido para além da ausência de doença, com ênfase na manutenção da funcionalidade, tornando as ações de PS sistematizadas e participativas, fundamentais nesse contexto⁶. A promoção de autonomia, participação social e manejo adequado de condições de saúde prevalentes entre as pessoas idosas torna-se imprescindível para atingir esses objetivos².

Apesar dos avanços, a execução de ações de PS nas UBS enfrenta barreiras, como limitações estruturais, dinâmicas locais de trabalho e a crescente demanda populacional⁷. A dificuldade de articulação com diferentes setores da APS contribui negativamente para a continuidade das ações, fragmenta o cuidado e impossibilita o trabalho multissetorial com diferentes esferas do poder público como assistência social e esporte⁸. Compreender essas práticas e identificar os fatores que dificultam sua implementação constitui uma oportunidade para o aprimoramento e reconstrução das ações de PS, de modo a fortalecer as estratégias já executadas e abrir espaço para sua implementação onde ainda são frágeis⁹.

Assim, o estudo objetivou mapear ações de PS para pessoas idosas realizadas na APS de um município de Santa Catarina, e compreender desafios para sua implementação e execução na perspectiva de profissionais de saúde atuantes.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e avaliativo, fundamentado no paradigma construtivista, conduzido conforme os critérios do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). Como referencial teórico-metodológico, adotou-se a Avaliação de Quarta Geração (AQG), proposta por Guba e Lincoln¹⁰, que se caracteriza por ser uma abordagem participativa, dialógica e responsiva. A AQG orienta o processo investigativo, desde a construção das perguntas até a análise e validação dos resultados, sustentada por negociações contínuas entre pesquisador e participantes. Valoriza as múltiplas perspectivas, o reconhecimento do contexto como determinante da experiência, orientando a análise das reivindicações, preocupações e questões (RPQs) dos grupos envolvidos¹⁰.

Este estudo integra uma pesquisa de doutorado intitulada *“Desafios e oportunidades para a Promoção da Saúde à Pessoa Idosa na Atenção Primária: Avaliação de Quarta Geração”*. O cenário da pesquisa

compreendeu as UBS de um município do litoral norte de Santa Catarina, selecionado por apresentar crescimento populacional acelerado e expressivo processo de envelhecimento, características que o tornam relevante para a análise das ações de PS voltadas à pessoa idosa na APS.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2022, o município possuía 86.401 residentes, dos quais 11.166 eram pessoas idosas, correspondendo a aproximadamente 13% da população. Para o ano de 2025, a população municipal é estimada em mais de 96 mil habitantes, o que reforça a dinâmica de transição demográfica e epidemiológica observada na região¹¹. A APS apresenta cobertura integral pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com 18 UBS distribuídas em 28 equipes de Saúde da Família (eSF). Desse modo, configura-se um cenário propício para investigar a organização e os desafios das ações de PS direcionadas ao envelhecimento ativo e saudável.

A coleta de dados foi organizada em duas etapas principais:

1. Mapeamento inicial: Realizaram-se visitas presenciais às 18 UBS do município, em dezembro de 2024, para identificar as ações de PS realizadas em todos os ciclos da vida, especialmente aquelas voltadas às pessoas idosas, ao longo daquele ano. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada com gestores ou profissionais designados, abordando ações realizadas, tempo de execução, média de participantes, profissionais envolvidos e recursos utilizados. Solicitou-se descrições objetivas das ações e do público-alvo. Essa etapa foi prévia ao Círculo Hermenêutico-Dialético (CHD).

Após essa fase, foram identificadas oito unidades que não realizavam ações coletivas específicas voltadas à pessoa idosa, sendo uma delas sorteada para aprofundamento na etapa qualitativa subsequente. O mapeamento resultou em um produto descritivo, utilizado para caracterizar as ações no município e subsidiar a seleção da UBS para a Etapa 2.

2. Círculo Hermenêutico-Dialético (CHD): A UBS sorteada está organizada sob o modelo da ESF, contando com duas equipes de Saúde da Família. Está inserida em território de elevada vulnerabilidade social, com diversidade sociocultural e expressiva presença de pessoas idosas. Por não desenvolver ações coletivas específicas de PS voltadas à pessoa idosa, possibilitou aprofundar a compreensão dos desafios, limites e percepções dos profissionais quanto à implementação de ações coletivas de PS direcionadas ao envelhecimento ativo e saudável na APS.

O CHD teve início com a entrevista do gestor da unidade, que recebeu formalmente o convite e o repassou à equipe. As entrevistas semiestruturadas individuais ocorreram em sequência, sendo que cada participante indicou o próximo entrevistado. Este método permitiu a inclusão progressiva de novas questões emergentes a partir das entrevistas realizadas anteriormente¹⁰.

Como critérios de inclusão, consideraram-se profissionais de saúde com atuação mínima de seis meses na unidade sorteada. Foram excluídos profissionais em período de férias, afastamento ou licença durante o período de coleta de dados.

As entrevistas ocorreram individualmente, iniciando-se com uma questão norteadora: *“Quais são os principais desafios que você identifica neste serviço para a Promoção da Saúde com foco no envelhecimento saudável?”*. Conforme progrediram, novas questões de apoio foram incorporadas, totalizando dez perguntas ao final do processo. As entrevistas ocorreram nas dependências da UBS, em horários previamente definidos, entre dezembro de 2024 e janeiro de 2025. O processo foi encerrado após a estabilização das RPQs, quando não surgiram informações novas ou relevantes para os objetivos do estudo¹⁰.

Participaram do CHD oito profissionais de saúde, pertencentes a diferentes categorias da equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, técnicos de

enfermagem e profissional da recepção. O tempo médio de vínculo com o território de atuação foi de 50 meses.

Os dados das entrevistas foram gravados em áudio, mediante consentimento dos participantes, e transcritos integralmente com auxílio da ferramenta *Microsoft Office 365*, removendo-se apenas vícios de linguagem. As entrevistas tiveram duração média aproximada de 30 minutos. Após a transcrição, os relatos foram disponibilizados aos participantes para revisão, garantindo fidedignidade das informações.

A análise seguiu o Método Comparativo Constante¹⁰, próprio da AQG, com codificação linha a linha das transcrições e comparação contínua dos achados, de forma manual, sem auxílio de software de análise qualitativa. As unidades de sentido foram agrupadas e reorganizadas, de forma iterativa e dialógica, em construções provisórias conforme similaridade, frequência e relevância para os objetivos do estudo.

Complementando as entrevistas, realizou-se uma observação participante com duração total de 80 horas na UBS sorteada. Esse processo permitiu uma compreensão aprofundada das dinâmicas do serviço e dos desafios enfrentados na PS para pessoas idosas.

Posteriormente, foi realizada uma sessão de negociação com os oito profissionais entrevistados, no mês de março de 2025, com duração aproximada de duas horas, objetivando apresentar, discutir e validar as construções provisórias, e consenso quanto às interpretações e resultados obtidos.

Adicionalmente, foi utilizado o diagrama de Ishikawa¹² como recurso analítico para sintetizar visualmente os desafios identificados na implementação das ações de PS voltadas ao envelhecimento ativo e saudável. Construído a partir dos dados da UBS selecionada para o CHD e consolidado na sessão de negociação, o diagrama permitiu sistematizar os fatores associados às dificuldades de efetivação dessas ações no contexto local, segundo as percepções coletivas dos profissionais.

Para aprimorar a clareza textual, a revisão ortográfica, a coesão e a construção do resumo em inglês e espanhol, utilizou-se a ferramenta ChatGPT-4. Esse recurso foi empregado como apoio à edição do manuscrito, sem interferência na análise dos dados ou na interpretação dos resultados¹³.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unidade Central de Educação Faem Faculdade (UCEFF), sob o CAAE nº 84997124.3.0000.8146. Além disso, a pesquisa contou com anuência da Secretaria Municipal de Saúde para sua realização nas UBS do município. Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo sigilo, anonimato e voluntariedade na participação, conforme a resolução ética vigente. O anonimato foi assegurado por meio do uso de codinomes baseados na mitologia grega. Os dados coletados em sua totalidade estão disponíveis para acesso e consulta livre no Mendeley Data¹⁴.

Resultados

A análise evidenciou diferentes desafios relacionados à PS voltada à pessoa idosa na APS. Das 18 UBS do município, quatro não realizavam ações coletivas de PS em nenhum ciclo da vida no período mapeado, mantendo apenas atendimentos individuais e rotinas assistenciais. Essas unidades estavam organizadas exclusivamente sob o modelo de Equipe da Atenção Primária (eAP).

Outras quatro unidades desenvolveram ações coletivas voltadas a diferentes públicos, como gestantes, saúde mental, tabagismo e atividades do Programa Saúde na Escola (PSE), sem iniciativas específicas direcionadas às pessoas idosas. Apenas dez UBS desenvolveram ações de PS voltadas às pessoas idosas, como grupos de caminhada, horta comunitária e encontros educativos. Dentre elas, cinco realizaram

grupos de educação em saúde para pessoas com Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM), ações que, embora organizadas a partir do recorte de condições crônicas, foram consideradas no estudo por serem direcionadas majoritariamente à população idosa [Tabela 1](#).

As ações variaram quanto à periodicidade, ao número de participantes e aos profissionais envolvidos, com predomínio de enfermeiros e ACS [Tabela 1](#). A disponibilidade de recursos variou entre as unidades, incluindo desde insumos ofertados pela Secretaria da Saúde até o uso de recursos próprios e espaços alternativos [Tabela 1](#).

Tabela 1. Mapeamento das ações de Promoção da Saúde para a pessoa idosa em UBS de um município de Santa Catarina. Navegantes, Santa Catarina. 2025

UBS	N.º equipe	Ações de Promoção da Saúde	Frequência	N.º médio participantes	Responsáveis pelas ações	Recursos utilizados
UBS 2	3 eSF + 1 eAP	Educação em saúde para pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	Mensal	5	Enfermeira	Insumos enviados pela Secretaria (EVA, cartolina, folha A4)
UBS 3	2 eSF	Educação em saúde para pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	Mensal	16	Téc. enfermagem, Agente Comunitário de Saúde e odontologista	Brindes e alimentos para café (recurso próprio) / material expediente e projetor enviado pela secretaria de saúde
UBS 4	1 eSF	Educação em saúde para pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	Bimestral	15	Agente Comunitário de Saúde, médico, odontologista, enfermagem	Brindes e alimentos para café (recurso próprio) / material expediente, Whatsapp e projetor enviado pela secretaria de saúde
UBS 5	2 eSF	Caminhada.	Semanal	3	Agente Comunitário de Saúde, médico, nutricionista, odontologista, téc. enfermagem	Sala de reuniões, brindes, mudas e alimentos para café (recurso próprio) / material expediente e projetor enviado pela secretaria de saúde
UBS 6	2 eSF	Caminhada.	Semestral	5	Agente Comunitário de Saúde.	Computador, Esfigmomanômetros
UBS 12	1 eSF	Horta comunitária.	Mensal	2	Téc. enfermagem	Mudas (recurso próprio)
UBS 15	2 eSF	Caminhada.	Semanal	10	Agente Comunitário de Saúde.	Espaço do CRAS, insumos da secretaria (cartolina, EVA, folha A4)
UBS 16	3 eSF	Caminhada.	Semanal	10	Enfermeiros e Agente Comunitário de Saúde.	Balança, fita métrica, projetor, microfone
UBS 17	1 eSF	Educação em saúde para pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	Anual	4	Enfermeiros, odontologista, médica, téc. enfermagem	Projetor, insumos enviados pela secretaria, fita métrica, balança
UBS 18	3 eSF	Caminhada, Grupo de educação em saúde para pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, horta comunitária.	Caminhada - Semanal/ Grupo de educação em saúde para pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus - Quinzenal/ horta comunitária - em implantação	Caminhada - 15/ Grupo de educação em saúde para pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus - 10/ horta comunitária - em implantação	Enfermeiros, odontologista, Agente Comunitário de Saúde, téc. enfermagem	Glicosímetro, Esfigmomanômetros, insumos enviados pela secretaria (cartolina, EVA, folha A4)

Nota: UBS: Unidade Básica de Saúde; eSF: equipe de Saúde da Família; eAP: equipe de Atenção Primária; ACS: Agente Comunitário de Saúde; CRAS: Centro de Referência de Assistência Social; EVA: espuma vinílica acetinada; folha A4: papel no formato A4 (210 mm x 297 mm).

O mapeamento das ações de Promoção da Saúde voltadas à pessoa idosa identificou sua distribuição, periodicidade, profissionais envolvidos e recursos mobilizados nas UBS. Em seguida, realizou-se a análise qualitativa dos relatos dos profissionais da unidade sorteada, visando aprofundar a compreensão dos desafios da PS na APS [Tabela 2](#).

Tabela 2. Caracterização dos profissionais participantes do Círculo Hermenêutico-Dialético em uma Unidade Básica de Saúde. Navegantes, Santa Catarina, 2025

Codinome	Categoria profissional	Idade (anos)	Gênero	Tempo de atuação na APS (meses)	Tempo de atuação no território (meses)
Afrodite	Técnica de enfermagem	51	Feminino	73	36
Apolo	Agente Comunitário de Saúde	46	Feminino	9	9
Ártemis	Enfermeiro	39	Masculino	156	36
Atena	Enfermeira	29	Feminino	7	7
Hera	Médica	34	Feminino	48	48
Minotauro	Agente Comunitário de Saúde	52	Feminino	9	9
Perséfone	Recepcionista	47	Feminino	6	6
Zeus	Agente Comunitário de Saúde	54	Feminino	252	252

Nota: APS: Atenção Primária à Saúde

Esses desafios emergiram na forma de RPQs, que foram agrupadas em construções provisórias e posteriormente validadas na sessão de negociação. Dessa forma, esses desafios foram organizados em quatro construções principais, sistematizados no Diagrama de Ishikawa¹²: equipe, comunidade, recursos e gestão [Figura 1](#).

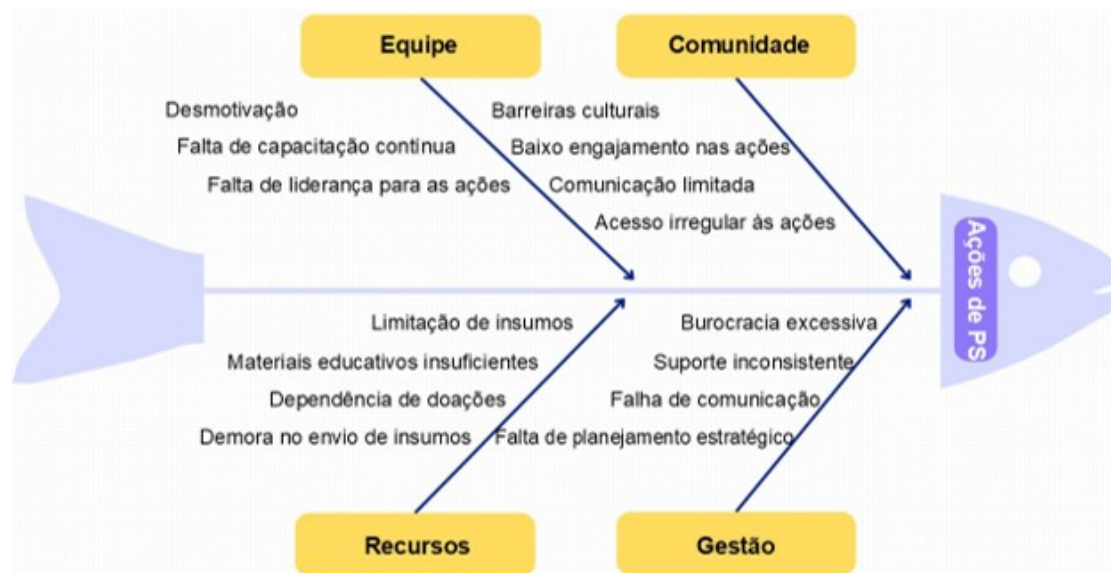


Figura 1. Diagrama de Ishikawa

Nota: são ilustrados os principais desafios para a implementação das ações de Promoção da Saúde para a pessoa idosa na UBS, categorizados em quatro temas principais: equipe, comunidade, recursos e gestão. Navegantes, Santa Catarina, Brasil. 2025.

De modo a ilustrar as quatro construções principais sistematizadas no Diagrama, foram apresentados recortes de falas dos colaboradores do estudo.

“Eu tenho vontade, mas também precisaria de conhecimento”: fragilidades das equipes no planejamento e execução de ações

As ações desenvolvidas pelas equipes aparecem fortemente orientadas para a prevenção de agravos, sobretudo das condições crônicas mais prevalentes entre pessoas idosas. A incorporação de abordagens ampliadas de promoção ainda é limitada, o que restringe o alcance das práticas no cotidiano dos serviços.

“[...] as ações que a gente realiza é pra evitar agravos na saúde do paciente. [...] com isso a gente evita ter mais casos de doença crônica, como hipertensão, diabetes ou obesidade [...] e mantém a população em um nível mais saudável [...]” (Hera)

Além disso, os relatos evidenciam dificuldades operacionais que atravessam o trabalho das equipes. A escassez de profissionais e a desmotivação limitam o planejamento e a continuidade das ações coletivas.

“[...] tem profissional que está desmotivado [...] há a falta de incentivo, a gente precisa de incentivo [...]” (Apolo)

“[...] somos poucos e aí, às vezes nós deixamos de fazer algumas coisas por falta de tempo [...]” (Afrodite)

“[...] Isso se vê prejudicado devido à demanda de problemas agudos, que a gente acaba tendo que resolver [...]” (Hera)

Não obstante, a liderança aparece como um elemento fundamental para a organização e motivação da equipe. Os profissionais destacaram a ausência de referências técnicas e de apoio qualificado para orientar o desenvolvimento das ações de PS, especialmente aquelas voltadas ao envelhecimento ativo e saudável:

“[...] falta uma pessoa que [...] tenha uma liderança [...] que puxe a equipe e faça acontecer. Porque a equipe é muito coesa, mas sem alguém para organizar, as ações não se mantêm.” (Minotauro)

“[...] Precisaremos, talvez, de pessoas que já tivessem experiência para nos passar [...] A gente tem vontade de fazer diferente, mas muitas vezes não sabe por onde começar. [...] a gente até tenta, mas sem esse apoio fica difícil dar continuidade.” (Apolo)

“[...] O desafio maior é esse, [de] fazer [...] acontecer.” (Minotauro)

“Tentar convencer os pacientes a aderirem”: baixa adesão como limite imposto pela comunidade

A baixa adesão das pessoas idosas aparece como um dos principais entraves enfrentados pelas equipes. Trata-se de um desafio recorrente que compromete a continuidade e a efetividade das ações propostas. Em muitos casos, o problema se expressa como a dificuldade de mobilizar a comunidade.

“[...] o mais difícil é tentar convencer os pacientes a aderirem [...]” (Minotauro)

“[...] Não tem como a gente fazer ações de Promoção da Saúde se não tem um apoio da comunidade [...]” (Hera)

“[...] no momento, a adesão é baixa [...] não [...] por causa dos usuários [...] e sim das poucas atividades que estão realizando nesse momento [...]” (Hera)

Os profissionais também associam a baixa adesão à fragilidade dos vínculos com a unidade. A ausência de espaços coletivos e a dificuldade de aproximação limitam o engajamento ao longo do tempo. Além disso, questões socioeconômicas interferem no acesso às ações.

“[...] tem aquela questão dos grupos [...] quando a gente conseguir resgatar [...] vai ser mais efetivo [...] criar mais vínculo [...]” (Atena)

“[...] a dificuldade de engajamento [...] por parte da comunidade [...]” (Ártemis)

“[...] a nossa comunidade é carente [...] às vezes não tem dinheiro nem para pagar o ônibus [...]” (Zeus)

“Tudo a gente tem que tirar do nosso bolso”: insuficiência de recursos como obstáculo

A escassez de insumos, materiais e apoio estrutural constitui um obstáculo recorrente para a realização das ações, afetando diretamente o trabalho das equipes.

“[...] aqui que às vezes a gente não tem muito recurso [...]” (Afrodite)

“[...] dificuldade [...] de materiais e equipamentos para algumas atividades que a gente possa querer desenvolver [...]” (Ártemis)

Além das limitações operacionais, os profissionais apontam a escassez de apoio estrutural mais consistente. Em alguns casos, essa lacuna faz com que os trabalhadores assumam custos básicos para viabilizar as ações, gerando desgaste e sensação de desamparo institucional.

“[...] o que nos falta é a colaboração da gestão para materiais [...] ofertar um café, lembrancinhas [...] porque tudo a gente tem que tirar do nosso bolso [...]” (Zeus)

No cotidiano do serviço, a fragilidade do apoio estrutural atravessa as dinâmicas de trabalho. A dificuldade de acesso a materiais básicos transfere para a equipe a responsabilidade de viabilizar ações que deveriam ser sustentadas institucionalmente.

“[...] se eu precisar imprimir material [...] vai ser tudo preto e branco [...] um folder assim não chama atenção [...] a gente precisaria de apoio [...] de material [...]” (Apolo)

“[...] eu acho que melhorar seria a gente ter livre acesso aos materiais [...] marcar consulta e não faltar nada [...] porque às vezes falta material [...]” (Zeus)

“A gente precisa primeiro ser ouvido”: entraves na comunicação e burocratização da gestão

Na construção referente à gestão, os relatos evidenciam que a fragilidade na comunicação institucional e a burocratização dos processos decisórios constituem entraves. A gestão aparece como um nível distante do cotidiano das equipes, especialmente no que se refere às ações voltadas à pessoa idosa.

“[...] às vezes o que não depende da nossa UBS, que depende de fora, da gestão da Secretaria, demora” (Zeus)

“[...] não tem como a gente fazer ações de Promoção da Saúde se não tem apoio da prefeitura [...]” (Hera)

Os depoimentos também revelam a ausência de espaços sistemáticos de diálogo e de escuta qualificada por parte da gestão. Essa limitação reduz a autonomia das equipes e dificulta a implementação de ações no território, especialmente aquelas que demandam planejamento e continuidade.

“Eu quero fazer o meu grupo [...], mas eu preciso que o meu superior diga: ‘vai em frente, faz o teu grupo’ [...] então a gente precisa disso, a gente precisa primeiro ser ouvido [...]” (Apolo)

“[...] falta esse retorno [...] de saber se o que a gente pede vai ser atendido [...]” (Atena)

“[...] a gente fala, mas muitas vezes parece que não chega a lugar nenhum [...]” (Apolo)

Discussão

As ações de PS realizadas nas UBS revelam heterogeneidade nas atividades ofertadas, refletindo desafios conceituais e políticos na definição do que constitui a PS⁶. Observa-se uma hegemonia de práticas direcionadas a temas específicos, como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), ancoradas em um modelo biomédico que prioriza a queixa e conduta. Esse enfoque limita a incorporação de ações sobre determinantes sociais e mantém a PS associada à prevenção de agravos, em desacordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)¹⁵.

Esse padrão também é descrito em outros estudos, que evidenciam a ampla disseminação de ações vinculadas ao PSE, grupos de gestantes e grupo de educação em saúde para pessoas com hipertensão e

diabetes nas UBS^{16,17}. No presente estudo, tal configuração reforça a invisibilidade da pessoa idosa, uma vez que as poucas ações identificadas como voltadas ao envelhecimento ativo e saudável se restringem a iniciativas insipientes como grupos de caminhada, hortas comunitárias e educação em saúde. Essas práticas, embora relevantes, ainda carecem de planejamento estratégico, incentivos institucionais e fundamentação conceitual ampliada, limitando sua capacidade de promover autonomia, funcionalidade e qualidade de vida no envelhecimento^{18,19}.

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) disponha de uma política específica para balizar as ações de PS⁶, observou-se que, no cotidiano dos serviços, essas práticas permanecem muito ligadas à prevenção de agravos e ao controle de DCNT²⁰. No presente estudo, as ações voltadas à pessoa idosa foram majoritariamente direcionadas ao manejo de condições crônicas, com pouca incorporação de estratégias voltadas à autonomia, à funcionalidade e ao envelhecimento ativo³.

As condições de trabalho emergem como fator estruturante desse cenário. A desmotivação e a ausência de incentivo institucional dificultam a organização e a continuidade das ações coletivas, especialmente aquelas direcionadas à população idosa²¹. A isso se somam fragilidades formativas, uma vez que os profissionais se dizem despreparados, embora desejosos de atuar de modo diferente, reforçando a ausência de apoio técnico e espaços para troca e reflexão. Como resultado, muitas ações permanecem presas a formatos tradicionais, centrados na transmissão de informações, com pouco espaço para o diálogo e para a construção conjunta com a comunidade²².

As diretrizes nacionais reforçam que as ações de PS devem ser construídas com a comunidade, e não para a comunidade⁴, exigindo a superação de práticas verticalizadas e pouco sensíveis às experiências e necessidades do território. Além disso, a participação comunitária, especialmente das pessoas idosas, contribui para o empoderamento, o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida²³.

Nesse contexto, a liderança aparece como ponto sensível. As equipes relatam bom entrosamento e relações colaborativas, mas sentem falta de referências que impulsionem e sustentem as iniciativas ao longo do tempo. Sem essa mediação, as ações dependem excessivamente da motivação individual e se tornam frágeis diante das oscilações do cotidiano⁹.

Em relação à comunidade, a baixa adesão às ações emergiu como um dos principais desafios enfrentados pelas equipes. A participação reduzida das pessoas idosas já é apontada na literatura como obstáculo para a continuidade e a efetividade das atividades, evidenciando limites na forma como essas ações se inserem e são apropriadas no território²⁴. Esses achados reforçam que a adesão não pode ser compreendida apenas como decisão individual, mas como expressão de condições sociais, culturais e organizacionais. Embora os profissionais não utilizem explicitamente o termo barreira cultural, os relatos indicam dificuldades relacionadas à forma como as ações dialogam, ou não, com os modos de viver, expectativas e referências da comunidade.

Estudos indicam que a baixa participação também se relaciona a fatores concretos do cotidiano, como barreiras geográficas, dificuldades de deslocamento e limitações de acesso aos serviços, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade⁵⁻⁷. Além disso, a adesão tende a ser menor quando os usuários não percebem benefícios claros nas atividades ofertadas ou apresentam baixa crença na eficácia das ações. Esses aspectos estão diretamente associados aos níveis de satisfação e de vínculo estabelecidos com as equipes de saúde¹⁻⁴.

Sabe-se ainda que, a metodologia adotada nas ações influencia diretamente esse cenário. No contexto do estudo, práticas pontuais e tradicionais mostraram baixo potencial de mobilização, por reforçarem relações verticalizadas e a posição passiva dos usuários no processo educativo²³. Em contraste, intervenções

orientadas pela autonomia e pelo protagonismo favoreceram maior engajamento, ampliando o diálogo entre o saber científico e o saber popular e fortalecendo os vínculos entre equipes e território²⁵.

Para a população idosa, essa perspectiva assume relevância particular. Ao reconhecer trajetórias, vivências e contextos, essas abordagens contribuem para que os sujeitos se percebam como parte ativa do cuidado, em consonância com os princípios da Promoção da Saúde que defendem a participação social como eixo estruturante das práticas²⁵.

Os recursos, sejam materiais, financeiros ou estruturais, são pilares para a execução das ações de PS na APS²⁶. Contudo, as falas dos profissionais destacam que a escassez desses elementos constitui uma barreira recorrente, comprometendo tanto a continuidade quanto a qualidade das iniciativas desenvolvidas. A limitação material não afeta apenas a execução das ações, mas restringe a possibilidade de inovação e de adequação das iniciativas às necessidades locais²⁷.

A insuficiência de recursos impacta a percepção dos profissionais sobre o valor de suas ações. A ausência de materiais e de infraestrutura adequada, tende a gerar sentimentos de desvalorização, o que repercute negativamente na motivação das equipes e na qualidade das práticas desenvolvidas¹⁵⁻²⁸. Esse cenário destaca a necessidade de articulação entre gestão e as equipes, de modo a identificar lacunas e construir soluções compatíveis com a realidade local¹⁵.

Para superar esses desafios, é imprescindível um planejamento adequado que priorize o fortalecimento da infraestrutura e o suporte às equipes. Outrossim, a implementação de estratégias participativas pode ampliar o impacto das iniciativas de PS e favorecer sua sustentabilidade²³.

No que se refere à população idosa, a ausência de apoio gerencial e de estratégias organizadas impactou diretamente a continuidade das ações voltadas ao envelhecimento ativo e saudável. A falta de escuta institucional comprometeu iniciativas que poderiam fomentar a participação social, autonomia e funcionalidade na velhice; pilares fundamentais para o envelhecimento digno e com qualidade de vida. Nesse sentido, as ações de PS destinadas à pessoa idosa demandam planejamento estratégico e articulação institucional, considerando suas especificidades e valorizando o território como espaço de construção coletiva da saúde.

A gestão é balizadora na definição de prioridades, no direcionamento de recursos e na sustentação das ações desenvolvidas na APS¹⁹. Quando o envelhecimento ativo não se configura como eixo estratégico nas agendas institucionais, as ações de PS voltadas à pessoa idosa tendem a assumir caráter pontual. Nessas situações, passam a depender da iniciativa individual dos profissionais¹⁵, o que compromete sua continuidade e alcance. Esse cenário fragiliza as práticas de PS e reforça a invisibilidade da pessoa idosa no planejamento das ações coletivas¹⁷.

A burocratização dos fluxos decisórios e a demora nas respostas institucionais desestimulam iniciativas de PS no território, especialmente aquelas que exigem articulação intersetorial e apoio contínuo²⁴. O fortalecimento de uma gestão participativa, com maior aproximação entre níveis decisórios e equipes locais, favorece ações mais consistentes e alinhadas às necessidades do envelhecimento saudável na APS²⁵.

Embora o estudo tenha permitido uma análise aprofundada das práticas de PS nas UBS, algumas limitações devem ser consideradas. A amostra foi composta por profissionais de saúde de apenas um município e de uma UBS, o que pode limitar a generalização dos achados para outros contextos. Além disso, as entrevistas foram realizadas exclusivamente com profissionais da UBS, não contemplando a perspectiva dos usuários. Portanto, sugere-se que pesquisas futuras incluam a visão dos usuários dos serviços e explorem diferentes realidades regionais para um entendimento mais abrangente dos desafios da PS na APS.

Conclusão

Os resultados do estudo evidenciaram que, embora existam iniciativas voltadas ao envelhecimento ativo e saudável, essas ainda são pontuais, pouco sistematizadas e frequentemente fragilizadas por barreiras estruturais, organizacionais e de gestão. Predomina um modelo biomédico, com práticas centradas em agravos e doenças crônicas, enquanto ações voltadas à funcionalidade, à qualidade de vida e ao protagonismo das pessoas idosas permanecem incipientes.

Os achados sinalizam a necessidade de fortalecer a PS no cuidado à pessoa idosa, por meio do aprimoramento da articulação institucional e da ampliação da escuta qualificada entre equipes e gestão. Esse movimento pode favorecer o planejamento das ações, criar condições para o fortalecimento do protagonismo das pessoas idosas e consolidar práticas que valorizem a autonomia, o autocuidado e a participação comunitária.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não houve conflito de interesses.

Financiamento: O presente estudo integra a pesquisa de doutorado intitulada “Desafios e oportunidades para a Promoção da Saúde à Pessoa Idosa na Atenção Primária: Avaliação de Quarta Geração”. O estudo não contou com financiamento.

Contribuições dos Autores: FSTdS: Conceitualização; Curadoria de Dados; Análise Formal; Pesquisa; Metodologia; Supervisão; Validação; Redação-preparação do rascunho original, Redação-revisão e edição. JGdS: Validação; Redação-revisão e edição. LEW: Redação-revisão e edição. RdSM: Redação-revisão e edição. BPdA: Curadoria de Dados; Visualização; Redação-revisão e edição. AdLS: Conceitualização; Pesquisa; Supervisão; Visualização; Redação-revisão e edição.

Referências

1. **Heidemann ITSB, Alonso da Costa MFBN, Hermida PMV, Marçal CCB, Antonini FO, Cypriano CC.** Health promotion practices in primary care groups. *Glob Health Promot.* 2019;26(1):25-32. <https://doi.org/10.1177/1757975918763142>
2. **Carvalho FFBD, Akerman M, Cohen SC.** A Promoção da Saúde na Atenção Básica: o papel do setor Saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual. *Estud. Av.* 2023;37(109):89–104. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2023.37109.007>
3. **Ministério da Saúde-Brasil.** Recomendações para operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Brasília; 2022. 49 p. Consulta: Março 01, 2025. Disponível em: <https://www.conass.org.br/recomendacoes-para-operacionalizacao-da-politica-nacional-de-promocao-da-saude-na-atencao-primaria-a-saude/>
4. **Silva LP, Sousa NCB de, Muniz TR, Silva OS da.** Estratégias coletivas de cuidar promovidas por equipes da unidade básica de saúde a idosos: Estratégias promotoras de saúde a idosos. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde.* 2024;36. <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/13618>
5. **Mrejen M, Nunes L, Giacomini K.** Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado? São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2023; 39 p. (Estudo Institucional IEPS, n. 10). Consulta: Março 01, 2025. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf

6. **Ministério da Saúde-Brasil.** Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União. 12 Nov 2014.
7. **Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJE de S, Garcia Júnior CAS, Matos CC de SA, Pascoal MD de HA.** Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(1):99–108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>
8. **Wangler J, Jansky M.** Promotion of exercise and health for older people in primary care: a qualitative study on the potential, experiences and strategies of general practitioners in Germany. *J Prev.* 2023;44:477–490. <https://doi.org/10.1007/s10935-023-00730-6>
9. **Franco CM, Giovanella L, de Almeida PF, Fausto MCR.** Working practices and integration of primary health care doctors in remote rural areas in Brazil: a qualitative study. *BMC Prim. Care.* 2024;25:319. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02553-8>
10. **Guba EG, Lincoln YS.** Avaliação de quarta geração. 2. ed. Campinas: Unicamp; 2011. 272 p.
11. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE.** Navegantes (SC): panorama Rio de Janeiro: IBGE; 2022 Consulta: Dezembro 18, 2025. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/navegantes/panorama>
12. **Ishikawa K.** Controle de qualidade total: à maneira japonesa. Rio de Janeiro: Campus; 1993. 221 p.
13. **Hosseini M, Resnik DB, Holmes K.** The ethics of disclosing the use of artificial intelligence tools in writing scholarly manuscripts. *Res Ethics.* 2023;19(4):449–465. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11694804/>
14. **Silva FST da, Souza JG de, Weimer LE, Macuch R da S, Assis BP de, Santos A de L.** Transcrições anonimizadas de entrevistas sobre Promoção da Saúde da pessoa idosa na Atenção Primária-Dataset. *Mendeley Data*; 2026. <https://doi.org/10.17632/v9ph8282mn.2>
15. **Santos JS, Santos Neto PM dos.** Formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) na residência em área profissional da saúde: análise dos efeitos da política em um contexto estadual. *Interface (Botucatu).* 2023;28:e230587. <https://doi.org/10.1590/interface.230587>
16. **Becker RM, Heidemann ITSB.** Health promotion in care for people with chronic non-transmittable disease: integrative review. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29:e20180250. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>
17. **Kessler M, Thumé E, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS, et al.** Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018;27(2):e2017389. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200019>
18. **Placideli N, Castanheira ERL.** Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma Rede de Serviços de Atenção Primária. *Rev Kairós Gerontol.* 2017;20(2):247-269. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i2p247-269>
19. **Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de.** Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate.* 2018;42(1):244–60. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
20. **Bisak A, Stafström M.** Unleashing the potential of Health Promotion in primary care - a scoping literature review. *Health Promot Int.* 2024;39(3):daae044. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae044>
21. **Silva BG, Silva LA, Silva RM, Leal AS, Filgueiras TF, Carício MR, et al.** Trabalho interdisciplinar e condições de trabalho de enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco.* 2024;15(1):e-202413SUPL1. https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202413SUPL1/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202413SUPL1.pdf

- 22. Iglesias A, Garcia DC, Pralon JA, Badaró-Moreira MI.** Educação permanente no sistema único de saúde: concepções de profissionais da gestão e dos serviços. *Psicol Ciênc Prof.* 2023;43:e255126. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003255126>
- 23. Ministério da Saúde-Brasil.** Autocuidado em saúde e a literacia para a saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas: guia para profissionais da saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. Brasília; 2023. 51 p. Consulta: abril 10, 2025. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/autocuidado-em-saude-e-a-literacia-para-a-saude-no-contexto-da-promocao-prevencao-e-cuidado-das-pessoas-em-condicoes-cronicas/>
- 24. Prado GAS, Caetano MVA.** Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva: determinação, identidades e territorialidades. *Saúde Debate.* 2024;48(spe2):e8730. <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E28730P>
- 25. Souza EM de, Silva DPP, Barros AS de.** Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. *Cienc Saude Colet.* 2021;26(4):1355–1368. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09642019>
- 26. Marchetti JR, Santana SK.** Gestão dos recursos na atenção primária à saúde. *Anu Pesqui Extens Unoesc Xanxerê.* 2020;5:e24258. <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeux/article/view/24258>
- 27. Souza LEPF de, Paim JS, Teixeira CF, Bahia L, Guimarães R, Almeida-Filho N de, et al.** Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2019;24(8):2783–92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>
- 28. Figueiredo IDT, Torres GMC, Cândido JAB, Moraes APP, Pinto AGA, Almeida MI de.** Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. *Rev. Fam. Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* 2020;8(1):27-38. <https://www.redalyc.org/journal/4979/497962779006/html/>