

## Atenção primária à saúde no idoso. Desafios para a aprendizagem



Foto de Kampus Production/Pexels

*Abigail Mo  
Francisco Rachide Lopes  
Vitória Melaré Caran  
Maria Elisa Gonzalez Manso*

**A** transição demográfica é caracterizada pela relação entre crescimento populacional e desenvolvimento socioeconômico do país. Dessa maneira, o declínio da taxa de fecundidade e mortalidade e consequente aumento da expectativa de vida, pode ser atribuído a inúmeros fatores tais como avanços na área da saúde, mudança de padrões de vida, urbanização e desenvolvimento de novas tecnologias (VASCONCELOS, GOMES, 2012). Este processo resultou no envelhecimento populacional.

No Brasil, a pirâmide etária, que evidenciava uma população extremamente jovem nas décadas de 1950 e 1960, passou por uma mudança na década de 1970 em todas as regiões do país, com estreitamento de sua base (redução da população jovem) e aumento do número de idosos (VASCONCELOS, GOMES, 2012).

Segundo o IBGE, em 2016, a expectativa de vida era, em média, de 75,22 anos e, em 2030, as projeções indicam que o número de idosos será maior que de crianças e adolescentes entre zero e 14 anos, com grande incremento na expectativa de vida e consequente inversão da pirâmide etária (MINISTERIO DA SAÚDE, 2018).

Concomitantemente a essas mudanças demográficas, o mundo e o Brasil passaram pela denominada transição epidemiológica, que implicou mudanças nos padrões de mortalidade e morbidade da população. Transição epidemiológica é processo resultante da mudança dos padrões de saúde e doença, causando uma diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); da predominância do adoecer quando comparado à mortalidade, e a inversão da morbimortalidade que deixa de afetar grupos mais jovens e passa para os grupos mais idosos (OLIVEIRA, 2019).

A globalização e a urbanização associadas a modificações econômicas e sociais, mudaram o modo de viver, trabalhar e alimentar-se da população. Como consequência, houve incremento nos chamados fatores de risco: obesidade, alcoolismo, tabagismo, baixo consumo de frutas e verduras, níveis elevados de colesterol, excesso de peso e sedentarismo. Estes favoreceram o aumento da prevalência de diabetes, doença arterial coronariana, doença pulmonar obstrutiva, dentre outras, ou seja, das chamadas DCNT, que podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas (OLIVEIRA, 2019).

Sendo assim, é importante a promoção do envelhecimento saudável, definido pelo Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015) como “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”. Já a capacidade funcional, é definida pela correlação entre as capacidades físicas e mentais do indivíduo (capacidade intrínseca da pessoa) e os fatores ambientais (físicos e sociais) em que está inserida, ou seja, é necessário compreender que na senescência não há capacidade intrínseca e funcional constantes, já que elas tendem a diminuir com o avançar da idade de acordo com a trajetória de cada indivíduo.

Não há, portanto, processo de envelhecimento igual para todos. Fatores como herança genética, diversidade dos ambientes físicos e sociais, questões socioeconômicas e culturais, influenciam no envelhecimento individual, devendo-se centrar o cuidado no indivíduo e não em um grupo de doenças ou agravos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Isto posto, fez-se, e ainda se faz necessário, revisão e reorganização das políticas públicas, pensando em cuidados de longa duração e em ações em prol do envelhecimento saudável. Assim, planejar, organizar e desenvolver ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS) brasileira, aumentando a coordenação do cuidado entre os serviços, evitando iatrogenias e prolongando ao máximo a independência e autonomia da pessoa que envelhece deve ser a prioridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

O sistema de atendimento estratificado em saúde ou RAS foi idealizado na Inglaterra no início do século passado (1920), visando o cuidado integral da população, estratificando os pacientes de acordo com seu perfil de

saúde/doença/funcionalidade e fazendo as realocações necessárias para melhor atender este perfil. Nesse contexto, o médico generalista ganhou importância, iniciando-se o princípio da medicina de família e comunidade.

Assim, foi possível institucionalizar a APS (Atenção Primária à Saúde) em escala global, o que possibilitou desenvolver elementos essenciais para a prática em saúde atual, como o foco na educação/promoção/proteção em saúde e na prevenção de doenças e de fatores de risco (MENDES, 2015). No Brasil, a APS se desenvolveu em paralelo ao restante do mundo, porém, apresenta algumas peculiaridades, com a implantação da política de estado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na APS ocorre o primeiro contato com a pessoa que utiliza a RAS. Neste primeiro contato é possível identificar e tratar 80% das demandas, sendo que as demais 20% necessitarão encaminhamento adequado a cada situação. A APS mantém a assistência contínua e centrada na pessoa, coordenando os fluxos de cuidados de acordo com necessidades individuais.

Estas mudanças propostas buscam a atenção integral das populações, desde a promoção de ações em saúde até o diagnóstico e acompanhamento de possíveis patologias, além de identificar e traçar metas para controle de possíveis doenças presentes naquela localidade. Para tanto, as equipes têm caráter interdisciplinar, compostas por enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (PORTELA, 2017).

São as equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) responsáveis pelo acolhimento e abordagem interdisciplinar da pessoa idosa e responsáveis por coordenar o cuidado que esta necessita. Em casos de indivíduos com limitações funcionais, o cuidado é construído de forma compartilhada, visando reconhecer as necessidades específicas desse idoso, e se necessário, utilizar atenção especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Na APS, a consulta médica é o principal local de manifestações da relação entre o médico e o indivíduo, sendo esse contato um fator determinante para as decisões tomadas e suas consequências. Desde a inserção do Método Centrado na Pessoa (MCP), este ganha destaque na atuação médica, sendo colocado como o epicentro da prática e atuação dos médicos. O método tem por finalidade acolher o paciente em sua totalidade e não desprezando queixas tradicionalmente negligenciadas, possibilitando uma escuta ativa e que possibilite melhorias na qualidade de vida do paciente (LOPES, CURRA, 2013).

A relação médico-paciente é, então, construída de maneira progressiva por mecanismos que possibilitem a afeição, empatia e respeito mútuo, visando que as decisões terapêuticas sejam tomadas em conjunto, além de possibilitar a expressão emocional de maneira facilitada pelo adoecido, permitindo que sejam traçados objetivos e metas viáveis a boa prática terapêutica. Portanto, a consulta não é encerrada ao término da prescrição, ainda é esperado o contato com a família e a passagem por outros membros da equipe interdisciplinar.

Desta forma o cuidado se centra nas habilidades comunicativas, responsabilidade compartilhada e empatia, visando a humanização do atendimento. E desta maneira

alterando o método que a medicina atua, a qual, deixa de ser centrada na doença e passa a ser centrada na pessoa (MANSO, 2019).

É necessário lembrar as pessoas idosas são mais do que suas enfermidades ou condições de saúde. São indivíduos com experiências únicas, necessidades e preferências individualizadas, que possuem trajetórias e estão inseridos em meios culturais e ambientais diferentes (OMS, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) sugere três níveis para um método centrado no idoso: focar nas necessidades e nos objetivos de cada pessoa, manter um cuidado integral com uma avaliação abrangente e interdisciplinar e alinhar os sistemas de saúde (RAS), para facilitar essa atenção integral à pessoa idosa.

A avaliação das necessidades individuais e desenvolvimento dos planos de cuidado de modo amplo e interdisciplinar, possui como objetivo a manutenção da capacidade intrínseca dos idosos, devendo-se compartilhar a responsabilidade dos processos clínicos e resultados de cuidados. Assim, reuniões periódicas e regulares e compartilhamento de informações são essenciais (OMS, 2018).

A fim de alcançar as necessidades de cada pessoa idosa, centrar o cuidado nesta pessoa e coordenar o caminho pela RAS a partir da APS, surge o instrumento “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB)”, utilizado no município de São Paulo.

É avaliação que pode ser realizada por qualquer membro da equipe da APS que seja capacitado previamente para avaliar as condições de saúde-doença e psicossociais, permitindo a concepção de um projeto terapêutico e plano de cuidado individual, para o aperfeiçoamento e manutenção da capacidade funcional do idoso, promovendo um envelhecimento ativo (SMS, 2016).

A AMPI permite apoio sistemático ao autocuidado, prevenir complicações, maximizar a sua capacidade intrínseca e manter a sua qualidade de vida. Reconhece a autonomia e a capacidade do idoso em direcionar seus próprios cuidados em parceria com os profissionais de saúde, família e outros cuidadores. Daí a importância do envolvimento dos idosos nas decisões do planejamento de cuidado, já que é feito de acordo com a sua necessidade e preferência (OMS, 2018; SMS, 2016).

Permite ainda que a equipe de saúde tenha acompanhamento proativo, regular e planejado de acordo com cada pessoa idosa, para detecção precoce de complicações ou sinais precoces que podem comprometer a capacidade funcional - multimorbidades, polifarmácia, internações recentes, incontinência esfincteriana, quedas recorrentes, alteração de marcha e equilíbrio, comprometimento cognitivo, dificuldades de comunicação, isolamento social, insuficiência familiar, transtorno de humor, perda ponderal não intencional e violência.

A AMPI-AB é composta por 17 perguntas cujas respostas são autorreferidas e abarcam as condições de saúde sociais, físicas, cognitivas e funcionais do idoso, para avaliar o desempenho funcional e classificar o idoso de acordo com a sua pontuação em saudável (0-5 pontos), pré-frágil (6-10 pontos) e frágil (>11 pontos).

Tem como finalidade a organização do atendimento na rede e elaboração de planos de cuidados para cada indivíduo, como já dito (SMS, 2016).

As perguntas abordadas na AMPI-AB são: idade, autopercepção de saúde, arranjo familiar, condições crônicas, medicamentos de rotina, número de internações no último ano, queda no último ano, acuidade visual e auditiva, limitações físicas, cognição, humor, desempenho nas ABVD e AIVD, incontinência urinária e fecal, perda de peso involuntária e condições bucais (SMS, 2016).

Após a aplicação do questionário, os resultados são discutidos pela equipe interdisciplinar da APS local, para elaboração dos Planos de Cuidados Inicial e Específico. No Plano de Cuidado Inicial têm como objetivo fortalecer um vínculo entre o idoso e a equipe da UBS, para manter um acompanhamento e atendimento longitudinal e integral. Já no Plano de Cuidado Específico, englobam as ações propostas pela equipe, após a realização dos testes de Rastreamento da Capacidade Funcional correspondente, além de estabelecimento do vínculo entre a equipe, o idoso e a família (SMS, 2016).

Os saudáveis devem repetir a AMPI-AB após 1 ano, enquanto os pré-frágeis devem repetir após 6 meses. Já, nos idosos frágeis, devem ser aplicados os testes de Rastreamento da Capacidade Funcional: Teste de Snellen, Teste do Sussurro, Teste de Katz, Teste Lawton, Timed up and go, Teste da Velocidade de Marcha, Escala de Depressão Geriátrica e Mini-Exame do Estado Mental (SMS, 2016).

De acordo com a sua classificação, os idosos são encaminhados na RAS conforme sua necessidade. Assim, a AMPI-AB é um instrumento para guiar o encaminhamento das pessoas idosas para Unidades de Referência à Saúde do Idoso e Programa Acompanhante de Idoso, de acordo com as suas necessidades (SMS, 2016).

É instrumento que possibilita ainda o monitoramento do progresso em relação ao plano de cuidado proposto e oferecer suporte adicional conforme necessário. Sua utilização faz com que as intervenções clínicas sejam desenvolvidas de acordo com os níveis de capacidade intrínseca do idoso, já que ele pode ter uma capacidade com altos níveis e estáveis, em declínio ou com perda significativa de capacidades (OMS, 2018).

Nos idosos com capacidade intrínseca alta e estável, o objetivo é manter o máximo possível nesse nível, através da prevenção de doenças crônicas ou detecção e tratamento precoce. Já, nos indivíduos com capacidade em declínio, o objetivo é atrasar ou até mesmo reverter parcialmente essa trajetória por meio de intervenções anteriores, porém com o foco de incentivar mudança de estilos de vida e diminuir os fatores de risco, como exercício físico e nutrição. Nos idosos com perda significativa de capacidade, o objetivo é gerenciar as doenças crônicas avançadas, reabilitação e até, se necessário, cuidados paliativos (OMS, 2018).

Todos os níveis têm como objetivo incentivar comportamentos que melhorem a capacidade e eliminem possíveis barreiras de participação, para garantir uma melhor qualidade de vida com o avançar da idade (OMS, 2018).

Diante das particularidades que o paciente idoso apresenta, os profissionais de saúde e os assistentes sociais precisam de competências gerais relacionadas à comunicação com essa população e habilidades gerontológicas e geriátricas básicas, sempre colocando a pessoa portadora da afecção e o seu cuidador no centro do plano de cuidado, e para isso, o MCP é aplicado (MANSO, 2019).

Desde 2001, no país, vem se discutindo a modificação, via Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), da graduação nas profissões de saúde. Como destacam tanto estas DCN quanto o marco legal protetivo à pessoa idosa, é necessário formar profissionais mais humanos, críticos e aptos a entender os conceitos até aqui expostos, que saibam identificar as necessidades e demandas da pessoa que envelhece, com foco nesta pessoa, respeitando sua autonomia e trabalhando de forma preventiva e não apenas curativa.

Assim, é de suma importância que o contato com a pessoa idosa e com a AMPI-AB ocorra já durante a graduação. Porém, nota-se que ainda o estudo do envelhecer não ocorre de forma homogênea durante a formação acadêmica, a qual ainda foca na doença e não na pessoa, reforçando estereótipos que associam o envelhecer ao adoecimento.

Apresenta-se o caso de um Centro Universitário localizado na cidade de São Paulo, onde se entrevistou as docentes que acompanham alunos durante o contato com a APS e RAS. Estas professoras relatam que apresentam o instrumento AMPI-AB, mas sua utilização não é realizada.

As docentes destacam a grande valia para os alunos do contato com idosos desde o começo da graduação, o que ampliaria discussões a respeito de cuidado com a pessoa idosa. Contudo, ressaltam como desvantagem a demanda de tempo para a capacitação dos estudantes e aplicação do questionário, o que poderia sobrecarregar alunos e professores. Abaixo algumas falas:

*(...) alguns grupos de alunos do 2o semestre conseguiram aplicar a AMPI. Mas, para a maior parte dos grupos que iam ao estágio, ao menos apresentamos a AMPI, como um instrumento potente para a gestão do cuidado aos idosos.*

*(...) Acho super relevante que os alunos de medicina, já nos momentos iniciais da graduação, tenham diversas oportunidades de contato com os idosos, tanto através de visita domiciliar como de anamnese no serviço de saúde e outros procedimentos, quanto na aplicação de escalas de avaliação. E a AMPI vem nesse sentido de ampliar o olhar para um cuidado mais integral. Dessa forma, os alunos vão desenvolvendo habilidades relacionais e de raciocínio para o cuidado mais amplo.*

*Não utilizamos, pois os objetivos de aprendizagens estão relacionados aos princípios e diretrizes do SUS, a APS e a ESF, ao território e abordagem familiar. Acredito que nos semestres que trabalhem com as linhas de cuidado seria mais apropriado.”*

*(...) porém, requer capacitação dos alunos acerca dos aspectos do envelhecimento, desenvolvendo conhecimento e habilidade para*

*aplicar a AMPI. Com o aumento da demanda da UBS, os alunos do 2º semestre foram convidados a realizarem a AMPI, porém por não ser planejado e não fazer parte do plano de ensino, os alunos não compreenderam o objetivo da atividade.*

*Conheço e gosto...vantagem identificar os problemas precocemente, (...). Não utilizamos pelo tempo que leva... e tempo disponível para estágio e contato com os pacientes nas atividades, devido a pandemia.*

Nota-se que, por mais que as professoras acreditem na potência do instrumento e na importância de seu estudo, o currículo do curso ainda prioriza outros pontos. A falta de conhecimento dos alunos sobre o processo natural do envelhecer é o ponto mais destacado.

O aumento da população idosa exige a formação de profissionais especializados e/ou com formação básica para prestar cuidados adequados a esse grupo populacional. Grande parte dos recém-formados em medicina irá atender idosos no sistema de saúde, seja ele privado ou particular (GALERA, COSTA, GABRIELE, 2017).

Um estudo realizado nos Estados Unidos que analisou 9 sociedades de especialidades, demonstrou que 30-60% das pessoas atendidas por seus membros tinham 65 anos ou mais. Dessa forma, o acadêmico de medicina necessita de conteúdos relacionados à Geriatria e Gerontologia durante sua formação, bem como de experiência na atuação em equipe interdisciplinar (GALERA, COSTA, GABRIELE, 2017).

A AMPI-AB é um instrumento que possibilita contato dos estudantes com idosos, tanto saudáveis, quanto pré-frágeis e frágeis, durante os estágios iniciais da medicina, viabilizando posterior contato com os idosos frágeis durante o estágio de Geriatria, no ciclo clínico. Porém, ainda pouco utilizado na academia.

Deve-se ressaltar que, diante do envelhecimento populacional, os futuros profissionais devem ter conhecimentos de métodos que possibilitem melhor avaliação global dos idosos, bem como saber como são aplicados tais métodos. O não utilizar a AMPI-AB ou outro instrumento que possibilite ao graduado entender e verificar os diversos envelheceres e as diferentes necessidades, cria-se uma lacuna na formação dos alunos, os quais terão contato maior com idosos frágeis em comparação aos saudáveis não oferecendo, assim, uma visão ampla dessa população.

## Referências

GALERA, S.C; COSTA, E.F.A; GABRIELE, R.R. Educação Médica em Geriatria: desafio brasileiro e mundial. *Geriatr Gerontol Aging*, v.11, n.2, p.88-94, 2017

LOPES, J.M.C; CURRA, L.C.D. A importância do afeto na conduta do Médico de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v.8, n.26, p.6-10, 2013

MANSO, M.E.G. Cuidado centrado na pessoa para indivíduos com demência. *Rev. Longeviver*, v.1, n.3, p.:75-82, 2019

MENDES, E. *A construção social da atenção primária à saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, [s. l.], ed. 1º, p. 29 - 31, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília (DF): MS; 2018

OLIVEIRA, A.S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia*. v.15, n.32, p. 69-79, 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Integrated care for older people: realigning primary health care to respond to population ageing*. Genebra: OMS; 2018

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe Mundial sobre El Envejecimiento Y La Salud*. Genebra: OMS; 2015.

PORTELA, G.Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*. v.27, n.2, p. 255-276, 2017

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. *Documento norteador: Unidade de Referência à Saúde do Idoso do Município de São Paulo, 2016*. São Paulo: SMS, 2016.

VASCONCELOS, A.M.N; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde*, v.21, n.4, p.539-548, 2012

*Data de recebimento: 26/06/2021; Data de aceite: 15/08/2021*

---

**Abigail Mo** - Graduanda curso de medicina, Centro Universitário São Camilo SP.

**Francisco Rachide Lopes** - Graduando curso de medicina, Centro Universitário São Camilo SP.

**Vitória Melaré Caran** - Graduanda curso de medicina, Centro Universitário São Camilo SP.

**Maria Elisa Gonzalez Manso** - Doutora em Ciências Sociais, pós-doutorado e Mestrado em Gerontologia Social PUC SP. Médica e bacharel em Direito. Professora titular curso de medicina Centro Universitário São Camilo e orientadora docente Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento LEPE São Camilo. E-mail: [mansomeg@hotmail.com](mailto:mansomeg@hotmail.com)