

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA - RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA TÉCNICA DO ARCO DE MAGUEREZ

Recebido em: 21/07/2023

Aceito em: 06/09/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v28i1.2024-10507



Marcos Aurélio Maeyama ¹
Gabriela Goedert de Souza ²
Taís Nogara Novaes de Carvalho ³
Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira ⁴
Clarice Aparecida Munaro ⁵
Élcio Rogério Kuhnen ⁶

RESUMO: Uma das características mais marcantes da atual dinâmica demográfica mundial é o processo de envelhecimento populacional. Nessa lógica, em 2050, cerca de um quarto da população brasileira terá mais de 60 anos, indicando um aumento progressivo de demandas em saúde. Ocorre que as equipes de Atenção Primária à Saúde, ainda apresentam dificuldades de organização e oferta de ações específicas para esse público. Nesse sentido, por meio de pesquisa-ação, utilizando a técnica do Arco de Magueretz, foram desenvolvidas oficinas para profissionais do município de Camboriú/SC, com o objetivo de reorganizar a atenção à Saúde da pessoa idosa no município. As etapas demonstram forte influência do modelo biomédico, e ausência de ações específicas para a população idosa, porém, também foi possível desenvolver reflexões e propostas de reorganização do processo de trabalho a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde, o que potencialmente pode produzir melhorias nos indicadores de saúde da pessoa idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoa Idosa; Atenção Primária à Saúde; Envelhecimento Saudável; Sistema Único de Saúde.

ORGANIZATION OF HEALTH CARE FOR ELDERLY PEOPLE - EXPERIENCE REPORT USING THE MAGUEREZ ARCH TECHNIQUE

ABSTRACT: One of the most remarkable characteristics of the current global demographic dynamics is the process of population aging. In this context, by 2050,

¹ Doutorado e Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela UFSC. Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: marcos.aurelio@univali.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4992-3810>

² Graduação em Medicina pela Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: gabriela.goedert@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8599-5717>

³ Graduação em Medicina pela Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: tais.nogara@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8252-5124>

⁴ Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí. Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: leoaugusto76@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5223-0610>

⁵ Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí. Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: clarice@univali.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2371-0596>

⁶ Mestrado em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade do Vale do Itajaí (em andamento). Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: elciokuhnen@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1727-4333>

approximately a quarter of the Brazilian population will be over 60 years old, indicating a progressive increase in healthcare demands. However, Primary Health Care teams still face difficulties in organizing and providing specific actions for this population. On this subject, through Research-Action method using the Maguerez Arch technique, workshops were developed for professionals in the municipality of Camboriú/SC, with the aim of reorganizing healthcare for the elderly in the municipality. The stages demonstrate a strong influence of the biomedical model and a lack of specific actions for the elderly population. However, it was possible to develop reflections and proposals for reorganizing the work process based on the attributes of Primary Health Care, which potentially can result in improvements in health indicators for the elderly.

KEYWORDS: Elderly; Primary Health Care; Healthy aging; Unified Health System.

ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD A PERSONAS MAYORES - REPORTE DE EXPERIENCIA UTILIZANDO LA TÉCNICA DEL ARCO DE MAGUEREZ

RESUMEN: Una de las características más llamativas de la actual dinámica demográfica global es el proceso de envejecimiento de la población. Así, en 2050, alrededor de una cuarta parte de la población brasileña tendrá más de 60 años, lo que indica un aumento progresivo de las demandas de salud. Resulta que los equipos de Atención Primaria de Salud aún tienen dificultades para organizarse y ofrecer acciones específicas para este público. En este sentido, a través de la investigación acción, utilizando la técnica del Arco de Maguerez, se desarrollaron talleres para profesionales de la ciudad de Camboriú/SC, con el objetivo de reorganizar la atención a la salud de las personas mayores de la ciudad. Las etapas evidencian una fuerte influencia del modelo biomédico, y la ausencia de acciones específicas para la población adulta mayor, sin embargo, también fue posible desarrollar reflexiones y propuestas de reorganización del proceso de trabajo a partir de los atributos de la Atención Primaria de Salud, que puede potencialmente producir mejoras en los indicadores de salud de las personas mayores.

PALABRAS CLAVE: Persona mayor; Atención Primaria de Salud Envejecimiento Saludable; Sistema único de Salud.

1. INTRODUÇÃO

Na legislação brasileira, é definida como idosa a pessoa que apresenta 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). O processo de envelhecimento pode ser entendido como uma ocorrência natural em que há uma redução gradual da capacidade funcional das pessoas, conhecido como senescência, e geralmente não causa problemas em condições normais. No entanto, quando ocorrem situações de sobrecarga, como doenças, acidentes e estresse emocional, pode surgir uma condição patológica que exige cuidados especiais, chamada de senilidade (BRASIL, 2006a).

Uma das características mais marcantes da atual dinâmica demográfica mundial é o processo de envelhecimento populacional, isto é, o aumento do número absoluto de

idosos no conjunto da população, que ocorre desde 1950, mas, principalmente, ao longo do século XXI.

Segundo dados da ONU, o número de idosos de 60 anos ou mais era de 202 milhões em 1950, passou para 1,1 bilhão em 2020 e deve alcançar 3,1 bilhões em 2100, um crescimento absoluto de 15,2 vezes (ONU, 2020).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento, que já seguia nos últimos anos, ganhando 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017 (IBGE, 2017). Estimativas da Organização das Nações Unidas é que em 2050, cerca de um quarto da população brasileira terá mais de 60 anos e, desse contingente, parcela expressiva terá 80 anos ou mais (ONU, 2015),

Todavia, com o aumento da expectativa de vida, e mesmo que o envelhecimento represente um processo natural de diminuição progressiva da capacidade funcional, vem em muitas vezes acompanhado de diversas doenças de caráter crônico, gerando necessidades em saúde consideráveis, tornando-se um desafio para o SUS.

Com o intuito de buscar qualidade na atenção ao idoso, em 1994, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional à Saúde do Idoso (PNSI) - divulgada apenas em 1999, através da Portaria Ministerial nº 1395 - motivados pela remodelação prática assistencial da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006b).

Na PNSI, a perda de capacidade funcional do idoso é abordada como principal barreira para um envelhecimento saudável, tendo em vista que essa perda consiste em déficit de habilidades para o autocuidado e independência. Assim, a capacidade funcional e autonomia acabam apresentando importância similar ao cuidado da doença, pois afetam diretamente a qualidade de vida (MIYATA *et al.*, 2005).

Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS), a partir de seus atributos apresenta papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável (BRASIL, 2006a), podendo pelas suas características, realizar o acompanhamento adequado das pessoas idosas, de forma a promover estilos de vida saudáveis, atuar em fatores de risco, realizar ações de prevenção e promoção da saúde e acompanhar pacientes idosos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2006a; HÉRBERT, 2015). Essa perspectiva de atenção integral e envelhecimento saudável é ratificada e reforçada na publicação do Pacto pela Vida, com anuência de gestores de todas as esferas de governo (BRASIL, 2006c).

Entretanto, uma análise da qualidade do cuidado na APS ofertado à pessoa idosa, observou-se que pontos como integralidade, orientação familiar e acessibilidade são frágeis, indicando a necessidade de melhorias, principalmente, em relação à ampliação do foco na família, no horário de funcionamento das unidades básicas de saúde e no desenvolvimento de ações para além do enfoque nos agravos e doenças (ARAÚJO, 2014), demonstrando a inexistência de abordagem voltada para o envelhecimento e ausência de organização da APS a partir de seus atributos.

O município de Camboriú, segundo dados do DATASUS (2010), apresentava uma população de 4107 pessoas idosas, com cenário de projeção crescente e ausência de ações na APS voltadas especificamente para a população idosa.

Neste contexto, foi iniciado um processo de reorganização do trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde do município de Camboriú/SC, relacionado à atenção à pessoa idosa, o qual este artigo se propõe a relatar suas etapas, uma vez que são escassas publicações que considerem tais experiências.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho, trata-se de um relato de experiência, de oficinas realizadas com as equipes de APS do município, visando a reorganização da atenção à saúde da pessoa idosa.

As oficinas foram realizadas seguindo a técnica do Arco de Maguerez modificado. O Arco de Maguerez é uma metodologia de ensino-aprendizagem elaborada na década de 70 pelo médico e educador francês Pierre Maguerez. A técnica é estruturada através de determinados passos para que se possa trabalhar com diversos assuntos no processo de ensino-aprendizagem e proporcionar aos participantes uma reflexão crítica por meio da problematização da realidade sobre o tema a ser discutido (BARTH *et al.*, 2012).

As cinco etapas que constituem a metodologia são as seguintes:

- Observação da realidade: Nesta etapa os participantes são convidados a refletir e discutir sobre a realidade, num processo de apropriação de informações, identificando as características mais importantes observadas neste contexto (COLOMBO; BERBEL, 2007). Nesse sentido, aqui o objetivo foi a discussão da atenção ofertada ao idoso pelas equipes de APS.

- Pontos-chaves: A partir da observação, nesta etapa, busca-se compreender melhor a realidade, buscando identificar os “nós-críticos” que explicam o contexto estudado. Buscou-se nessa etapa, problematizar as limitações e as implicações da oferta atual de ações e serviços para a pessoa idosa.
- Teorização: Consiste no suporte e instrumentalização dos participantes para a transformação da realidade (COLOMBO; BERBEL, 2007). Nesta etapa, foram apresentados os atributos da APS, para dar suporte à reorganização do processo de trabalho para atenção à pessoa idosa.
- Hipóteses de solução: Com base na compreensão da realidade e utilizando o referencial teórico da APS, formulam-se hipóteses e soluções para superação dos problemas encontrados. Aqui concentram-se as propostas propriamente ditas para reorganização da atenção à pessoa idosa.
- Aplicação da realidade: Etapa em que se aplicam as soluções discutidas, objetivando a transformação da realidade. Todavia, considerando que a implementação das ações leva um tempo considerável para mensuração de resultados, optou-se por não incluir na análise da pesquisa, podendo ser medida em estudo futuro.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram convidados, todos os profissionais de nível superior do município vinculados à Atenção Primária à Saúde. Participaram no total, 34 profissionais, dentre eles médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas.

As oficinas foram realizadas em dois grandes grupos, em horários distintos, para que as Unidades de Saúde não ficassem descobertas por completo, uma vez que foram desenvolvidas em horário de trabalho. Para cada grupo, foram realizados dois encontros. Em cada grupo, houve também uma subdivisão em 4 grupos menores (contando com 5 a 7 participantes), totalizando 8 grupos no total das oficinas. O objetivo da divisão consistiu em fomentar maiores discussões sem dispersão do tema e que possibilitasse maior participação coletiva, num processo de reflexão e troca, a partir das diferentes realidades e percepções.

Os resultados, por sua vez, não foram separados por grupo ou pequeno grupo, mas apresentados em bloco único, uma vez que, o intuito não era realizar comparações entre profissionais ou equipes de APS, mas de construir novos caminhos de organização para atenção à pessoa idosa.

Inicialmente nas oficinas, foi realizada uma rápida explicação sobre seu objetivo, bem como a apresentação da metodologia de desenvolvimento, a partir da técnica do Arco de Magueréz.

Identificação do contexto

Como forma de iniciar as discussões nos pequenos grupos, foram projetadas em telão 3 perguntas disparadoras para que os participantes expressassem suas impressões e vivências em suas equipes, conforme quadro 1.

Quadro 1: Perguntas disparadoras para etapa de identificação do contexto pela técnica do Arco de Magueréz.

- Quais são os principais problemas ou condições de saúde da pessoa idosa que sua equipe vivencia na área de abrangência?
- Quais são as ações que estão voltadas para a saúde da pessoa idosa no âmbito da sua equipe?
- Existe cadastramento específico da pessoa idosa na sua equipe? Se sim, explique.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os participantes expressaram seus pontos de vista de forma individual em flipchart para cada pergunta, e elegeram um representante do pequeno grupo para relatar as discussões e realizar uma breve explicação sobre cada ponto.

De forma geral, houve certa homogeneidade sobre a percepção de demandas da pessoa idosa, focados principalmente nas doenças crônicas, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Também foram citadas as demências, problemas osteomusculares, problemas de saúde mental (ansiedade, depressão, baixa autoestima), uso excessivo de medicamentos, problemas de saúde bucal e falta de conhecimento sobre a própria situação de saúde, inclusive com acompanhamento inadequado das doenças, resultando em complicações e agravamento das doenças, e ainda a vacinação, foco de campanhas determinadas pelo Ministério da Saúde.

Os participantes relataram possíveis questões que dificultam o acompanhamento adequado dos idosos, as quais têm relação com a dificuldade de acessar a UBS, seja pela distância ou pela própria incapacidade de deslocamento, fruto do contexto de algumas pessoas idosas. Ainda, ressaltaram a falta de acompanhante nas consultas e deficiência na

rede de apoio, pois também foi mencionado que alguns pacientes não conseguem fazer a devida explicação dos seus problemas e, da mesma forma, têm dificuldade em entender as orientações de cuidado.

O acesso também foi percebido com dificultoso para as pessoas idosas que ainda possuem vínculo laboral, uma vez que as UBS não possuem horário estendido para atendimento fora do horário comercial.

Com menos ênfase, outras demandas também foram relatadas como negligência, violência e abandono à pessoa idosa. A já citada deficiência no suporte familiar, foi posta como a grande responsável por tais situações, na qual muitas famílias não têm preparo para lidar com algumas situações de cuidado, tanto por não conseguirem, ou mesmo por não se importarem. Fato é que o envelhecimento é certo para todos. Assim, é necessário estruturar a rede de apoio familiar e de serviços para prover o cuidado com qualidade, frente às demandas advindas do processo de envelhecimento, que incluem progressivamente a perda de algumas capacidades.

Em síntese, as demandas percebidas são majoritariamente de ordem biológica e centradas na ocorrência concreta da doença, características do modelo biomédico, ainda hegemônico na atenção à saúde contemporânea. A natureza mecanicista e biológica desse modelo, revela-se restrito em seu poder explicativo e dificulta uma abordagem mais abrangente dos pacientes. Dessa forma, ocorre a fragmentação do indivíduo, prejudicando a compreensão dos seus aspectos psicológicos, sociais e econômicos (BARROS, 2002).

Coerente com essa percepção de necessidades, as ações ofertadas são consequentes a este olhar voltado para a cura e controle das doenças. Assim, os participantes citaram a oferta de ações para pessoas idosas, incluindo consultas médicas e odontológicas, atividades de grupo, principalmente HiperDia (grupos de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus) e, ainda, grupo de fibromialgia, grupo de mobilidade (fisioterapia) e grupo psicoterapêutico.

Também foram citadas participações em grupos de artesanato e grupo de idosos, que não foram concebidos pelas equipes, mas que foram apropriados pelo setor saúde para discussão sobre alguns problemas de saúde. Porém, praticamente todos os grupos foram descontinuados com a chegada da pandemia de Covid-19, e não foram retomados.

No acesso à UBS, os participantes citaram uma priorização para a pessoa idosa, seja na demanda espontânea ou programada, inclusive algumas Unidades oferecem horários exclusivos para atendimento de consultas, consoante ao previsto no estatuto do

idoso, que garante atendimento preferencial aos idosos nos estabelecimentos públicos e privados.

Outra atividade realizada pelas equipes são as visitas domiciliares para pessoas idosas acamadas. As visitas ocorrem também em instituições de longa permanência para idosos, onde são realizadas consultas médicas e odontológicas para os idosos institucionalizados. Uma única iniciativa de uma UBS tem oferta de orientação para prevenção de quedas, através de testes de equilíbrio.

Apesar dos benefícios inquestionáveis destas ações, a grande maioria delas está relacionada diretamente como resposta para as doenças que surgem como demanda dos usuários das UBS, e não organizadas especificamente para o público idoso, apesar de consistir em um público que muito demanda estas ações.

Essa falta de enfoque para a saúde da pessoa idosa, pode ser explicada pelo fato das equipes não possuírem cadastro específico da pessoa idosa. Apenas existe o registro cadastral realizado para todos os membros da família, porém, sem listagem específica, que permita conhecer o coletivo de idosos e suas necessidades, ainda que o sistema de informação permita a busca por faixa de idade. Duas equipes possuem cadastro manual das pessoas idosas, mas sem relato de uso para determinado fim. Esta falha no cadastramento de idosos e mesmo da população geral, também foram percebidas em outros estudos, o que dificulta qualquer ação para um problema ou público específico na APS (SOUZA *et al.*, 2023).

Apesar do Ministério da Saúde por meio da sua Política Nacional de Atenção Básica (2017) recomendar um modelo de Atenção Primária à Saúde Abrangente – porta preferencial de entrada, acompanhamento longitudinal, atenção integral e coordenação do cuidado – o Brasil mistura elementos culturais e operacionais que se aproximam de uma APS seletiva e APS clássica, tornando evidente a influência e hegemonia do modelo biomédico na organização atual das equipes (MENDES, 2012). Essa abordagem pautada na queixa-conduta dificulta a prevenção e o acompanhamento adequado das condições de crônicas e degenerativas, necessidades essas, muito presentes na população idosa.

Problematização

A partir da identificação do contexto, realizado na primeira etapa, os participantes da oficina foram convidados a refletir se as atuais ações contemplariam as principais

necessidades das pessoas no processo de envelhecimento a partir de perguntas disparadoras, conforme quadro 2.

Quadro 2: Perguntas disparadoras para etapa de problematização da técnica do Arco de Magueréz.

- Quais são os problemas que aparecem com o processo de envelhecimento?
- Neste processo de envelhecimento, existem possibilidades de prevenção, retardamento ou monitoramento dos problemas para melhoria da qualidade de saúde?
- A puericultura é um processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das doenças da infância. No processo de envelhecimento, seria possível um acompanhamento longitudinal, para além do acompanhamento de doenças, numa perspectiva de envelhecimento saudável?

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nesta etapa, observou-se uma ampliação de percepção sobre as necessidades da pessoa idosa, para além do acompanhamento das doenças crônicas, que são iniciadas a partir da procura do usuário pela Unidade Básica de Saúde, diante de uma queixa, independentemente de sua idade. Nesse sentido, outras condições foram trazidas como presentes no processo de envelhecimento, como a transição do trabalho para a aposentadoria, a solidão e distanciamento da família, o se sentir útil, as dificuldades econômicas, a dependência de outros familiares e o medo do envelhecimento. Ainda, estas condições foram relacionadas com o aparecimento de problemas de saúde mental, e também com o agravamento ou dificuldade de controle das doenças crônicas existentes.

A relação entre a equipe de saúde e os idosos dependentes, muitas vezes se baseia em um modelo focado na abordagem biológica da saúde, negligenciando as características e necessidades dos pacientes e dos envolvidos no seu cuidado. O entendimento da experiência do idoso é fundamental para aprimorar a assistência, indo além do conhecimento técnico, de forma a realizar uma abordagem mais completa (TAVARES, 2012).

Os desafios enfrentados ao executar atividades cotidianas, decorrentes da perda de autonomia progressiva, são fatores que representam uma ameaça ao bem-estar individual, visto que estão frequentemente associados a um sentimento de angústia, solidão, impotência, problemas de saúde mental e sintomas depressivos. Esses elementos

afetam a qualidade de vida na velhice, uma vez que exigem a necessidade de adaptação a um novo estilo de vida (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008).

Além disso, é comum que os idosos relacionem o trabalho à realização de suas próprias vidas, atribuindo o exercício profissional à sua utilidade e responsabilidade diante dos outros. Portanto, a transição para a aposentadoria e a desvinculação das responsabilidades domésticas podem representar um evento impactante para os idosos, resultando na perda de identidade e experiência de sentimentos negativos (SOUZA; SKUBS; BRETAS, 2007; BEGER; DERNTL, 2005).

As abordagens realizadas pelas equipes de saúde costumam se concentrar em restaurar o equilíbrio do processo fisiológico do envelhecimento patológico, sem considerar que as respostas dos indivíduos às intervenções podem variar devido às suas realidades e experiências diárias, o que pode afetar a adesão ao tratamento e sua continuidade no ambiente domiciliar (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008).

Houve uma percepção adicional de que algumas condições de saúde, podem ser negligenciadas tanto pelas pessoas idosas e familiares, quanto pelos próprios profissionais de saúde, pois no “ficar velho” é “normal” o aparecimento de patologias e perda de capacidades, e que, portanto, acabam não sendo valorizadas no cuidado e autocuidado. Nesse sentido, foi possível refletir e reconhecer que é possível prevenir, retardar ou minorar alguns destes problemas, que atingem em maior ou menor intensidade, boa parte da população idosa, buscando o melhor nível de saúde e qualidade de vida possíveis, mas que exige uma postura ativa de acompanhamento por parte das equipes.

O envelhecimento envolve diversos fatores que influenciam o funcionamento do indivíduo, sejam eles celulares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos ou sociais. É importante que profissionais, familiares, cuidadores e mesmo os próprios idosos tenham uma visão integrada desses fenômenos. A idade avançada não implica necessariamente em um processo patológico, e medidas preventivas podem manter os idosos em condições saudáveis física e cognitivamente, preservando sua autonomia por um longo período. No entanto, em caso de disfunções, um diagnóstico e intervenção precoces podem melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

A postura ativa, extrapola o acompanhamento a partir de uma queixa ou sintoma, e permite olhar para a pessoa idosa para além das doenças. Essa lógica de acompanhamento, se aproxima da puericultura realizada com o público infantil, o que foi denominado como “senilicultura” para a população idosa, podendo processualmente

serem identificadas demandas aparentes e ocultas, seja na lógica da prevenção, cura ou monitoramento, e ainda na própria promoção da saúde.

Algumas possíveis barreiras para o acompanhamento longitudinal foram identificadas pelas equipes, como a quantidade excessiva de pessoas por área de abrangência, algumas com mais de 20 mil pessoas, muito acima do teto estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica; a cultura da própria população que entende o papel da equipe apenas em situações de doença; as pessoas que residem na zona rural, o que dificulta tanto o acesso à UBS e outras atividades, como também do acompanhamento da própria equipe; a resistência de funcionários para mudanças, grande rotatividade de médicos e a falta de engajamento às ações de promoção à saúde, também foram autocríticas presentes.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 estabelece diretrizes e atributos para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Um dos pontos abordados na portaria 2.436/2017, ainda vigente, determina que cada equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por 2.000 à 3.500 pessoas, de acordo com critérios de equidade, para a garantia de um atendimento adequado e resolutivo.

No entanto, a consolidação da APS enfrenta desafios, como a grande rotatividade e falta de médicos. Essa questão pode comprometer a continuidade e a qualidade do cuidado oferecido, uma vez que a relação de confiança entre profissional e paciente é fundamental para um acompanhamento efetivo. A falta de profissionais também pode sobrecarregar as equipes existentes, dificultando a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento de forma abrangente.

Portanto, é necessário considerar esses aspectos na implementação e fortalecimento da assistência à saúde adequada, a fim de garantir uma Atenção Primária eficiente, equitativa e centrada nas necessidades da população.

Teorização

Finalizadas as duas primeiras etapas, os participantes receberam um material escrito sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde para subsidiar a construção da reorganização da Atenção à saúde da pessoa idosa no município.

Além da leitura do material, o segundo dia de oficina foi iniciado com uma breve discussão sobre os atributos da APS, conforme quadro 3.

Quadro 3: Roteiro de discussão para etapa de Teorização da técnica do Arco de Magueréz.

| ATRIBUTO | SENTIDOS DISCUTIDOS | REFERÊNCIAS |
|------------------------|--|---|
| Primeiro Contato | <ul style="list-style-type: none"> ● Porta de entrada preferencial ● Universalidade e acessibilidade ● Acolhimento | (BRASIL, 2012) (CUTOLO, 2009) (MERHY, 1997) |
| Longitudinalidade | <ul style="list-style-type: none"> ● Acompanhamento ao longo do tempo, independentemente da existência de doenças ● Conhecimento das necessidades ● Consideração de valores e preferências ● Cadastramento | (BRASIL, 2012) (CUTOLO, 2009) (STARFIELD, 2002) |
| Integralidade | <ul style="list-style-type: none"> ● Resposta as necessidades das pessoas ● Conceito ampliado de saúde ● Singularização da atenção ● Ações integradas de saúde ● Orientação comunitária, competência cultural, abordagem familiar | (CECÍLIO, 2001) (MAEYAMA; CUTOLO, 2010) |
| Coordenação do cuidado | <ul style="list-style-type: none"> ● Organização dos atributos ● Responsabilização pelo usuário ● Garantia do cuidado e do autocuidado | (CUTOLO, 2009) |

Fonte: Elaborado pelos autores.

O atual modelo de organização do sistema de saúde pública no Brasil tem a Atenção Primária à Saúde como base, de forma que ela atua como porta de entrada para os usuários e é constituída por um conjunto de ações de saúde, com o objetivo de prevenir, tratar e promover saúde com foco na comunidade, na família e no indivíduo. A estrutura destes serviços impacta no atendimento dos usuários do Sistema de Saúde, principalmente os idosos, o qual a promoção do bem-estar e da qualidade de vida são primordiais para o melhor manejo de suas comorbidades.

A Atenção Primária à Saúde ganha força na década de 1970, quando um grupo de especialistas em saúde liderados pela médica norte-americana Bárbara Starfield

desenvolveram, a partir de pesquisas em diversos países, uma série de atributos que definiam as características essenciais da APS, como modelo estruturante dos sistemas de saúde. Os atributos da Atenção Primária à Saúde foram assim definidos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, e, ainda, como atributos derivados, orientação comunitária, centralidade na família e a competência cultural (STARFIELD, 2002; OPAS, 2007).

O motivo da discussão dos atributos é que existem estudos internacionais que demonstram que quanto maior o grau de implementação dos atributos, melhores serão os resultados sanitários, propiciando a APS a capacidade de resolver 85% a 90% dos problemas de sua população (MENDES, 2012).

Nesse sentido, os atributos foram discutidos, com base no referencial apresentado no quadro 3, para ressignificação do trabalho das equipes, refletindo sobre suas competências e organização na atenção à saúde do território.

Hipóteses de soluções

A partir do referencial teórico apresentado, os pequenos grupos se reuniram novamente para discutir propostas de organização para atenção à saúde da pessoa idosa, a partir de quatro categorias, que se referem aos atributos da APS. Assim, as propostas de organização foram sugeridas por atributo, utilizando a mesma dinâmica de discussão em grupo, registro em *flipchart* e apresentação das propostas por um relator do grupo.

Propostas para a construção do primeiro contato para a atenção à saúde do idoso

Para facilitação do acesso, uma das ações já praticadas pela maioria das equipes, e que aparece como proposta é a ratificação do acesso preferencial na UBS, principalmente da pessoa idosa com maior fragilidade ou risco, respeitando ainda outras pessoas em situação de risco, independentemente da idade. Essa proposta visa principalmente o estabelecimento de fluxo mais claro, tanto para população quanto para os membros das equipes, em especial os que recebem os pacientes na chegada da UBS. Neste acesso, seja na demanda espontânea ou programada, o acolhimento também foi citado como medida necessária, principalmente para ampliar a escuta, no sentido de identificar outras demandas, que num primeiro momento aparecem ocultas, mas que interferem na situação de saúde da pessoa idosa.

Segundo China *et al.* (2021), é importante dissociar o envelhecimento do conceito de doença, todavia a associação da pessoa idosa com o aumento da fragilidade clínica é imprescindível. Conceitualmente, há um aumento da vulnerabilidade o que implica em um maior risco de desfechos adversos como quedas, delirium, incapacidades físicas, além de maior predisposição às doenças crônicas. Esse conjunto de situações, ratificam o atendimento preferencial de acesso as UBS.

O que complementa esse acesso preferencial é a escuta qualificada que implica em dar ouvidos à alguma coisa, ou ainda, àquilo que se enuncia apenas veladamente, e que somente um ouvido atento pode acolher. A escuta qualificada é uma atitude ativa que exprime esforço para compreender o que é dito e, muitas vezes, o que não é falado, mas que fica subentendido nos olhares e na linguagem corporal de cada indivíduo (SILVA, 2021).

Outra ação importante que facilita o acesso e fortalece a preferência da população pelos serviços de APS, é a consideração das pessoas que apresentam dificuldade de locomoção, seja pela incapacidade ou limitação ou mesmo pelas grandes distâncias da residência para a UBS, ampliando as possibilidades de visita domiciliar, realizada tanto pelos ACS quanto pelos profissionais de nível superior, não se limitando aos pacientes acamados.

Com as Visitas Domiciliares (VD), o paciente recebe cuidados que levam em consideração a estrutura familiar, infraestrutura domiciliar e, também, que evitam hospitalizações desnecessárias, reduzem risco de infecções e diminuem a superlotação dos centros de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2021). De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde, a adesão de um paciente ao tratamento se refere à maneira como ele segue as recomendações de um profissional em relação a medicamentos, dieta e mudanças na vida cotidiana. É possível identificar várias barreiras para a adesão em idosos, incluindo fatores relacionados ao próprio paciente (saúde mental, estado físico, funções cognitivas, idade, gênero), às medicações (formulações, preço, quantidade, facilidade de uso), aos profissionais de saúde (qualidade da relação médico-paciente, comunicação efetiva), aos sistemas de saúde (problemas de acesso, disponibilidade de medicamentos) e à situação socioeconômica do paciente (renda, necessidade de um cuidador) (MACIEL *et al.*, 2020).

Propostas para construção da longitudinalidade na atenção à saúde do idoso

A primeira ação necessária para a longitudinalidade do cuidado da pessoa idosa é a criação de cadastro específico desta população. O cadastro não se restringe a simples listagem específica, mas inclusão de informações sócio-sanitárias, pois o cuidado longitudinal prevê o acompanhamento independentemente da presença de doenças, uma vez que a perspectiva é de abordagem para o envelhecimento saudável. Os participantes entenderam que é necessário a criação deste cadastro, o que permitirá o acompanhamento a partir das necessidades reais da população idosa e não apenas a partir do que a equipe atribui como prioridade.

O cadastramento de pacientes na APS é um processo essencial para a organização e planejamento da assistência à saúde (BRASIL, 2017), pois permite no âmbito individual a identificação e registro de informações importantes sobre cada paciente, e no âmbito coletivo destacam-se: a identificação de grupos populacionais vulneráveis, o monitoramento de doenças crônicas, a melhora na organização do serviço com melhor distribuição de recursos e maior efetividade das ações de saúde. Assim um instrumento fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

O processo de identificação de necessidades de uma área é conhecido como territorialização, que compreende a apropriação/conhecimento do território por parte da equipe, na qual a equipe busca informações das pessoas que ali vivem, seus principais problemas, seja no âmbito individual ou coletivo, incluindo aspectos biológicos, ambientais e sociais, sendo importante instrumento para o planejamento de ações (BINZ *et al.* 2018), e ainda assume importância para a mudança do modelo de atenção, com vistas a atenção integral.

Nesse sentido, a partir da identificação de necessidades da população idosa do território, a equipe deverá planejar e organizar seu processo de trabalho para a perspectiva de envelhecimento saudável, que exige postura proativa da equipe, pois não se restringe às queixas de doenças e busca do paciente pelos serviços e acompanhamento ao longo do tempo

Para o acompanhamento longitudinal, a participação de todos os membros da equipe é fundamental. O ACS pode realizar periodicamente as visitas, identificando possíveis problemas, orientando a população em questões que envolvem o envelhecimento, e acionando a equipe para demandas que necessitem de avaliação do médico ou enfermeiro. Porém essa postura de acompanhamento ativo, que independe da

presença de doenças ou da busca do usuário pela UBS, não é atribuição específica do ACS e se estende a todos os profissionais da equipe de APS (BRASIL, 2017).

Um aspecto importante citado pelos participantes é a ampliação da cobertura das microáreas atuais, uma vez que algumas encontram-se descobertas do profissional ACS, o que interfere na longitudinalidade. Da mesma forma, um fator limitante na continuidade do cuidado é a alta rotatividade do profissional médico, com trocas constantes e períodos sem cobertura, o que também implica em fragilidade do vínculo, conhecimento e consideração dos valores e preferências da comunidade. Nesse sentido, a realização de concurso público, aliado a planos de carreiras, podem auxiliar na desprecarização do trabalho, e promover melhor fixação dos profissionais, e em consequência favorecer a longitudinalidade. Apesar de nível municipal ter certa ingerência sobre o processo, iniciativas de provimento e fixação de profissionais na APS à nível nacional, como o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013) e Programa Médicos pelo Brasil (BRASIL, 2019), são de extrema importância, uma vez que a precarização e rotatividade de profissionais médicos na APS, é um problema sistêmico do SUS.

Propostas para a construção da integralidade na atenção à saúde do idoso

O primeiro sentido construído a partir do referencial de integralidade é que as necessidades da pessoa idosa, não se restringe ao tratamento de suas doenças, mas também ao próprio processo de envelhecimento que traz mudanças significativas, tanto no âmbito biológico, quanto emocional e social.

Um reconhecimento importante, foi que mesmo no âmbito biológico, o foco da atenção na UBS sempre foi iniciado a partir das queixas da pessoa idosa que procurava atendimento. Muitos problemas característicos ou próprios do envelhecimento, apresentam progressão lenta, e são negligenciados pelos pacientes e famílias, pois são considerados como “naturais” no envelhecer. Por outro lado, além da possibilidade de acompanhamento destas condições ou patologias, também é possível retardar seu início ou mesmo evitar seu aparecimento. Nesse sentido, foi proposta a implementação de avaliação global do idoso, sugerida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), que abrange avaliação periódica da pessoa idosa, incluindo as doenças mais prevalentes presentes no envelhecimento, mas também amplia para questões emocionais, familiares e sociais, o que já auxilia as equipes a ampliarem sua visão sobre o processo de

envelhecimento. A partir da avaliação global, a pessoa idosa poderá ser acompanhada de acordo com as necessidades identificadas.

Além do acompanhamento individual, é possível realizar ações coletivas para população idosa, principalmente a partir do diagnóstico coletivo, que o conjunto de avaliações individuais poderá propiciar. Nesse sentido, os participantes propuseram a realização de grupos, baseado nas pequenas experiências já trazidas na etapa de identificação do contexto, mas que apresentaram potência para uma atenção mais integral, uma vez que as atividades possibilitaram às equipes trabalharem ações de prevenção e promoção da saúde. Também foi citado como importante a participação de familiares e cuidadores nas atividades coletivas, uma vez que alguns idosos apresentam dependência parcial ou total, e desta forma, influencia no cuidado realizado.

Uma experiência no desenvolvimento de grupos para população idosa, que ofertava atividades físicas, oficinas, palestras e atividades sociais, demonstrou que os participantes apresentaram melhor qualidade de vida, maior autoestima, melhor saúde e maior disposição para formação de vínculos sociais, e ainda a possibilidade de trocas e bem-estar (BITTAR; LIMA, 2012). A criação de grupos favorece ainda uma possibilidade de maior vínculo entre a comunidade e a equipe; possibilidade de uma melhor escuta dos problemas da comunidade; maior participação social; construção de saberes e educação dialógica; melhor acompanhamento de problemas crônicos (SOARES; FERRAZ, 2007).

Ademais, foi citado pela equipe, a necessidade de melhor comunicação com outros pontos de atenção, principalmente à Atenção Especializada, já que muitos pacientes também realizam acompanhamento com especialistas, e em muitos casos, as equipes de APS não tem acesso à contrarreferência, o que dificulta qualquer possibilidade de atenção compartilhada.

Diferentes ações e serviços são organizados por meio das redes de atenção, com níveis tecnológicos variados, a fim de oferecer assistência contínua e integral. Para fortalecer essa rede, é fundamental que a APS assuma a coordenação do cuidado e ordene o acesso aos demais serviços. A existência de conexões efetivas entre a APS e a atenção especializada (AE) permite aos usuários receber cuidados de forma oportuna e adequada às suas necessidades. Para estabelecer uma conexão sólida e efetiva entre os sujeitos, gestores, profissionais e usuários, é necessário promover uma rede de diálogo baseada na interdependência, integração e coordenação. Uma limitação de comunicação entre os

serviços é a inexistência de integração de prontuários e sistemas de informação, aliado à ausência de comunicação no sistema de referência e contra-referência.

Além disso, também foram propostas ações voltadas para a saúde bucal, focadas principalmente na necessidade de criação de um laboratório municipal de prótese dentária, uma vez que existe grande demanda, com pouco acesso a população idosa.

E por fim, foi sugerido a criação de um Núcleo de Atenção à Pessoa Idosa, que sirva de referência não apenas para o idoso com patologias, mas que seja um espaço de cuidado que favoreça o envelhecimento saudável.

Propostas para a construção da coordenação do cuidado na atenção à pessoa idosa

O atributo da coordenação do cuidado, foi discutido na perspectiva de organização dos outros atributos. Assim, uma primeira sugestão dos participantes foi no sentido de capacitar todos os membros das equipes, pois a mudança de abordagem, organização e fluxos, implica em novas posturas e responsabilidades de todos, incluindo os profissionais do NASF, que já realizam ações para a população idosa, mas sem a devida integração e planejamento com as equipes de saúde da família.

Uma tendência em ascensão no processo educacional é a educação interprofissional (EIP). Nela, diversos profissionais da área da saúde aprendem uns com os outros para aprimorar a colaboração e a qualidade do atendimento ao paciente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como objetivo estimular essa prática em todos os países por reconhecer sua importância e sua capacidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, reduzir os custos e minimizar erros médicos (MONTADON *et al.*, 2021).

Na área médica, tem se valorizado a abordagem interprofissional no atendimento às necessidades dos idosos. A geriatria, especialidade médica que busca promover o envelhecimento saudável, é interprofissional por natureza, e essa abordagem tem se revelado eficaz nos cuidados domiciliares, no tratamento de quedas e outras tantas situações nas quais exigem múltiplos tipos de abordagens (MONTADON *et al.*, 2021)

Já a organização no território, incluindo cadastramento da população idosa, definição do tipo e cronologia de acompanhamento, visitas domiciliares, consultas de retorno, avaliação global e atividades de grupo, devem ser planejadas respeitando o diagnóstico da população de cada área de abrangência, como forma de desenvolver a coordenação do cuidado.

No âmbito individual de atenção para casos complexos, o Projeto Terapêutico Singular foi sugerido como ferramenta para auxiliar as equipes na melhoria da resolubilidade dos casos, integrando melhor a equipe e o cuidado ofertado.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de estratégias terapêuticas personalizadas, desenvolvido para atender indivíduos ou grupos em situações complexas. Essas estratégias levam em consideração as necessidades, crenças, expectativas e contexto social do paciente, permitindo que ele se envolva ativamente em seu processo de saúde-doença. A implementação do PTS é de grande importância para a assistência à saúde, pois ajuda a melhorar as condições de vida dos pacientes, aumentando o acesso aos cuidados necessários, criando vínculos mais fortes, incentivando a responsabilização e oferecendo avaliações constantes da assistência prestada. Tudo isso é feito de maneira individual e específica para cada paciente e/ou situação (SOUSA *et al.*, 2019).

As reuniões de equipe foram citadas como necessárias, pois essa nova organização exige discussão constante da equipe para planejamento da atenção. As reuniões de equipe contribuem para a readequação dos processos de trabalho, socialização de conhecimentos, planejamento conjunto e tomada de decisões assertivas (RAIZARO *et al.*, 2021).

Uma proposta para melhorar a comunicação entre os pontos de atenção, e qualificar a coordenação do cuidado, foi a instituição do uso da caderneta do idoso (BRASIL, 2014), que entre outras informações, registra as principais doenças em curso, medicamentos em uso, diagnósticos de internações prévias, dados antropométricos, classificação para identificar um idoso vulnerável (VES-13), avaliação ambiental, história de quedas, cognição, humor e dor crônica, o que auxiliaria na referência e contra-referência, já que a integração de prontuários entre serviços de diferentes pontos de atenção ainda não é realidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento das oficinas demonstrou forte influência do modelo biomédico na organização das equipes, prevalecendo uma lógica passiva de espera a partir de uma queixa/doença do usuário, e ainda reprodução de ações verticais propostas pelo Ministério da Saúde. Porém, a partir do processo de reflexão das práticas e das atribuições outorgadas para a Atenção Primária à Saúde, os participantes desenvolveram propostas de organização da atenção à saúde do idoso.

A técnica do Arco de Magueréz se mostrou muito potente, pois o processo participativo e coletivo, pode produzir legitimidade, o que potencializa as chances de implantação, referente à última etapa de aplicação da realidade, onde se situa o maior sentido deste relato, a melhoria dos indicadores de morbimortalidade, o que implica para a pessoa idosa, não apenas viver mais, mas sobretudo com qualidade de vida.

Nesse sentido, o relato de experiência, ainda que não seja um modelo rígido a ser seguido, pode servir de orientação e inspiração para que outros serviços construam sua própria organização para atenção à saúde da pessoa idosa, a partir de seus contextos.

O trabalho ainda a importância da relação teórico-prática, com utilização de metodologia problematizadora e relação entre os atributos da APS, aplicado à realidade das equipes.

Ainda que o processo de reflexão e desenvolvimento de soluções descritos neste relato de experiência possa ser considerado exitoso, outras pesquisas que demonstrem os resultados de implantação da organização à atenção à pessoa idosa, são necessárias para consolidação do conhecimento produzido.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. U. A. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3519-3528, 2014.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o Modelo Biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BARTH, P. O. *et al.* Relato de experiência: o uso do arco de magueréz como metodologia na construção de um processo educativo crítico reflexivo e criativo. **II Jornada Internacional de Enfermagem**. Unifra, 2012.

BINZ, M. C., *et al.* Territorialização e Planejamento Local de Saúde. *In*: Maeyama, M. A., Dolny, L. L., & Knoll, R. K. **Atenção Básica à Saúde: aproximando teoria e prática**. Itajaí: Editora Univali, 2-18.

BITTAR, C.; LIMA, L. C. V. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Revista Kairós-Gerontologia**, v.14, n. 3, p. 101-118, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **Nota Técnica: Programa Mais Médicos**. Elaboração: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de cuidado à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei n. 13958, de 18 de Dezembro de 2019** - Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Brasília: Presidência da República, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Censo Brasileiro. Distribuição da População de Idosos por Sexo e Idade, Camboriú, Santa Catarina, 2010.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

CHINA, D. L. et al. Envelhecimento Ativo e Fatores Associados. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 24, n. (Especial 29), p. 141-156, 2021.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N.A.N. A metodologia da problematização com o arco de maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

CUTOLO, L. R. A. **Estratégia saúde da família**: bases conceituais. Texto elaborado para a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), 2009. (mimeo).

FERRAZ, S. M. S. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 1, n. 52, p. 1-3, 2007.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 74-82, 2008.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** – Características dos Moradores e Domicílios, divulgada em 2017..

MACIEL, N. F. M. *et al.* Frequência de baixa adesão e fatores relacionados em idosos atendidos em Ponto dos Volantes, Vale do Jequitinhonha. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 5, p. 1-9, 2020.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.39, n.1, p.89-96, 2010.

MENDES, E. V. A APS no Brasil. In: MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 71-99

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, in: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MIYATA, D. F. *et al.* Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 9, n. 2, p.135-140, 2005.

MONTANDON, A. A. B. M. *et al.* **Envelhecimento humano**: desafios contemporâneos - Volume 3: A interprofissionalidade e sua importância na promoção de saúde do idoso: revisão integrativa. 3. ed. Editora Científica Digital, 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Em 2050, idosos serão dois bilhões de pessoas ou 20% de toda a população mundial**. Genebra: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. **Guia de práticas integrativas e complementares em saúde mental**. Ribeirão Preto. 2021.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicol Estud**, v. 14, n. 1, p. 3-10, 2009.

SILVA, H. R. C. Escuta qualificada como instrumento do acolhimento no processo de trabalho dos profissionais de saúde na ESF. **Universidade Federal de Alagoas**, v. 7, n. 1, p. 61-64, 2021.

SOUZA, M. S. V. Percepção dos enfermeiros sobre o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa na Atenção Primária. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 27, n. 6, p. 2661-2677, 2023.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 3, p. 263-267, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 112-120, 2012.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Marcos Aurélio Maeyama – participou na: concepção do projeto; coleta de dados e análise de dados; elaboração do manuscrito, discussão e resultados; revisão do manuscrito.

Taís Nogara Novaes de Carvalho – participou na: concepção do projeto; coleta de dados e análise de dados; elaboração do manuscrito, discussão e resultados.

Gabriela Goedert de Souza – participou na: concepção do projeto; coleta de dados e análise de dados; elaboração do manuscrito, discussão e resultados.

Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira - participou na: elaboração do manuscrito, discussão e resultados.

Clarice Aparecida Munaro - participou na: concepção do projeto; elaboração do manuscrito, discussão e resultados.

Élcio Rogério Kuhnen – participou na: elaboração do manuscrito, discussão e resultados.