Desempenho da Atenção Primária e o cuidado integral ao idoso brasileiro

Nayara Carolina Mendes[1]; Sérgio William Viana Peixoto[1];
Jordânia Gonçalves Silva[1];

[1] Escola de Enfermagem / Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

O rápido processo de envelhecimento observado no Brasil, acompanhado pela transição epidemiológica, coloca a Atenção Primária à Saúde (APS) no foco do desenvolvimento de políticas e programas voltados à saúde do idoso, devido ao crescente segmento de tal população. Portanto, a presente revisão buscou descrever o desempenho da APS, com ênfase no cuidado integral ao idoso brasileiro. As buscas foram realizadas nas bases de dados existentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio da combinação dos descritores "Envelhecimento da população", "Atenção Primária à Saúde" e "Integralidade em Saúde" e seus sinônimos, considerando o período compreendido de 2006 a 2016. Após a seleção dos artigos foi feita a análise crítica com as principais informações para a realização de uma análise descritiva acerca do desempenho da Atenção Primária à Saúde, com ênfase no cuidado integral ao idoso brasileiro. A revisão foi constituída por 28 artigos científicos, cujos anos de publicação foram bastante heterogêneos no período definido para o estudo. Foi possível identificar a complexidade do termo integralidade e a relevância da Atenção Primária na atuação frente a esse importante desafio do Sistema Único de Saúde, uma vez que a APS deve identificar as necessidades da população e do território, coordenar as Redes de Atenção à Saúde, com atuação interdisciplinar e intersetorial de suas ações e serviços. Este trabalho contribuiu para a sistematização do conhecimento sobre o tema e poderá auxiliar o entendimento das formas de organização dos serviços de saúde e das ações relacionadas à busca pelo cuidado integral ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Palavras chave: Envelhecimento. Atenção Primária à Saúde. Integralidade em Saúde.

Introdução

O processo de envelhecimento populacional é uma tendência global que acontece em diversas regiões do mundo (LIMA-COSTA *et al*., 2011). Segundo Chaimowicz (1997), o processo de transição demográfica no Brasil teve início a partir de 1940, sendo inicialmente caracterizado pelo declínio das taxas de mortalidade. Entretanto, nesse momento não houve alteração da estrutura etária da população, pois a queda da mortalidade aconteceu devido ao declínio das taxas específicas da infância. Posteriormente, no início dos anos 60, a população brasileira se deparou com a queda das taxas de fecundidade, principalmente nas regiões mais desenvolvidas, levando ao processo de transição da estrutura etária e envelhecimento da população (CARVALHO; WONG, 2008).

A pirâmide etária brasileira apresenta-se com uma expressiva proporção de idosos, sendo as regiões Sul e Sudeste as mais envelhecidas do país (MARTINS *et al.*, 2014). Lima-Costa *et al.* (2011) mostra que o Brasil tem envelhecido rapidamente já que na última década, a população idosa cresceu 36% e a população jovem, considerando essa mesma época, cresceu 14%. As desigualdades entre as regiões do país e o rápido processo da transição demográfica trouxeram a necessidade de novas respostas do setor público para atender as exigências trazidas pela nova estrutura etária da população, especialmente no setor saúde (NASRI, 2008).

Chaimowicz (1997) relata que o envelhecimento da população está diretamente relacionado com a incidência e a prevalência de determinadas doenças e, dessa forma, exige do Estado a criação de políticas públicas e programas de ações e serviços capazes de atender a demanda imposta pelo novo perfil epidemiológico da população. Para Paskulin; Valer e Vianna (2011), o envelhecimento populacional proporciona grande impacto social já que exige mudanças nas políticas públicas e adaptações dos núcleos familiares.

Nesse contexto de envelhecimento da população, no qual o Brasil passa por uma transição demográfica acelerada, observa-se conjuntamente o fenômeno da transição epidemiológica, que traz o desafio das doenças crônicas não transmissíveis (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Assim, a transição epidemiológica caracteriza-se por mudanças dos padrões de morbidade, invalidez e morte que ocorrem em uma determinada população, ou seja, há uma mudança no perfil de saúde e doença da população, sendo que os processos agudos são substituídos por processos crônicos e suas complicações (CHAIMOWICZ, 1997). Esse fato ocorre, pois o processo de envelhecimento torna o sujeito mais susceptível a fatores de risco para doenças crônicas, suas complicações e sequelas. Para Motta e Aguiar (2007), o envelhecimento proporciona alterações fisiológicas e patológicas que evoluem com aumento da dependência da população idosa.

Portanto, o envelhecimento da população, acompanhado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), demonstra a necessidade urgente de reorganização da atenção à saúde ao idoso, considerando que esses agravos, apresentam alto nível de incapacidade funcional para essa população (FERNANDES *et al.*, 2009). Para Moretti; Westphal e Bógus (2009), as DCNT representam um importante desafio para a saúde pública e para a economia do país devido aos custos elevados, necessários para o tratamento e para a reabilitação.

Segundo Veras (2009), um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos pelos serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doença na população, maior incapacidade e aumento do uso dos serviços de saúde. Portanto, o aumento dos gastos com saúde, decorrente do

envelhecimento populacional, torna–se um desafio para promover a equidade em saúde, levando a necessidade de mudança do modelo clínico assistencial (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Lima-Costa *et al.* (2011) afirma que a saúde tem caráter multidimensional e, por isso, vários fatores interferem na qualidade de vida dos idosos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que políticas de saúde na área do envelhecimento populacional levem em consideração os determinantes de saúde (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e o acesso aos serviços) ao longo de todo o curso de vida e com particular ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais (VERAS, 2009).

Portanto, o aumento da proporção de idosos na população brasileira trouxe a necessidade da criação de mecanismos legais que assegurem seus direitos. Em 1996, a regulamentação da Política Nacional do Idoso (PNI) e, anos mais tarde, em 2003, o Estatuto do Idoso, se tornaram ferramentas imprescindíveis na busca de usufruir de maneira eficiente do direito social atribuído para cada indivíduo com idade igual ou superior a sessenta anos (FERREIRA *et al.*, 2009). Nesse cenário, outro importante marco foi a promulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em 2006, com o intuito de recuperar, manter e promover a autonomia dos idosos, por meio de medidas coletivas e individuais de saúde, de acordo com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

No cenário do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada do sistema de saúde, devendo ser coordenadora do cuidado e da comunicação com outros pontos da Rede de Atenção e atua no cuidado integral e longitudinal à saúde da população, por meio da integração de ações programáticas e de demanda espontânea, ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito individual, coletivo e intersetorial, contemplando a concepção multidimensional da saúde (BRASIL, 2011).

Portanto, a APS precisa elaborar um diagnóstico local em saúde que possibilite conhecer o perfil da população idosa atendida para auxiliar nas atividades a serem oferecidas, de acordo com a demanda encontrada e com o treinamento prévio dos profissionais da unidade básica de saúde, ou seja, cabe à APS determinar ações e serviços necessários para a atenção à saúde daquela determinada população idosa (FERREIRA *et al.*, 2009). A abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho e o processo decisório compartilhado são ferramentas que podem contribuir com a acessibilidade e a resolutividade da Atenção Primária (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, o Programa de Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando à reorganização do modelo tradicional por intermédio do fortalecimento e da reformulação da APS (SILVESTRE; NETO, 2003). A Estratégia de Saúde da Família constitui-se por ações e serviços organizados com base nas necessidades da população, sendo tais necessidades identificadas por meio do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, em contato contínuo com o território (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Na ESF, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculas à Unidade Básica de Saúde, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social (SILVESTRE; NETO, 2003). É requerida atenção especial à saúde da pessoa idosa, considerando a mudança no perfil populacional, promovendo qualidade aos anos adicionais de vida. Na perspectiva da integralidade, as ações de promoção têm aumentando e se fortalecido

devido ao vínculo que se tem criado entre as famílias e os serviços de saúde (GARCIA *et al.*, 2006).

A partir da definição operacional da APS, podem-se considerar quatro atributos essenciais dos serviços prestados nesse nível de atenção: (a) o acesso de primeiro contato; (b) a coordenação da atenção; (c) a longitudinalidade e (d) a integralidade (STARFIELD, 2002).

O acesso de primeiro contato é a facilidade com a qual um indivíduo obtém uma resposta quando busca determinado serviço de saúde, com exceção das urgências e emergências médicas. Diversos fatores podem influenciar o acesso ao serviço, como questões geográficas, culturais, socioeconômicas ou físicas (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

A coordenação da atenção pressupõe alguma forma de continuidade do cuidado, podendo se estabelecer pelo atendimento com o mesmo profissional ou ainda pelo uso de prontuários médicos, reunindo toda a história do usuário. A coordenação deve ainda considerar a possível ocorrência de problemas em outros serviços e a integração do cuidado oferecido na APS com o cuidado global do paciente (BRASIL, 2010).

A longitudinalidade pressupõe a existência continuada da atenção em saúde por meio de uma relação interpessoal intensa, com confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (BRASIL, 2010). Para Oliveira e Pereira (2013) esse atributo contribui com diagnósticos e tratamentos mais precisos, reduzindo encaminhamentos desnecessários para especialistas e para serviços de maior complexidade.

Outro atributo da APS que merece destaque, considerando o envelhecimento da população, é o cuidado integral por meio do acolhimento, do vínculo, da autonomia e da qualidade dos serviços prestados (CAMARGO JR *et al.*, 2008). Segundo Garcia *et al.* (2006), a atuação dos agentes comunitários de saúde, ao criar um elo entre as equipes e as famílias, pode atender de melhor forma as necessidades da atenção aos idosos na perspectiva do acolhimento.

Para Ferreira *et al.* (2009), o cuidado integral ao paciente idoso cria a necessidade de um atendimento organizado e sistemático com o intuito de prevenir os agravos e possibilitar o diagnóstico precoce das condições crônicas não transmissíveis, tão frequentes nessa fase da vida, diminuindo assim a incapacidade funcional decorrente de tais afecções.

Com vistas a garantir o cuidado centrado no usuário, a integralidade preconiza a prioridade das ações de promoção e prevenção, mas garantindo adequada articulação com as ações de recuperação e a necessidade de uma rede articulada capaz de abordar os problemas dos indivíduos em todos os níveis de assistência, com acesso harmonioso e ágil entre eles (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Cabe ressaltar ainda, que a atenção integral só é alcançada quando o trabalho se torna interdisciplinar, sem fragmentação entre os saberes e as práticas, possibilitando a compreensão do ser humano no contexto de suas relações sociais (MOTTA; AGUIAR, 2007). Isso corrobora com os atributos derivados da APS que são a orientação familiar e comunitária e a competência cultural que identificam a função do contexto físico, econômico e cultural na atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Segundo Carreira e Rodrigues (2010), um planejamento estratégico em saúde e uma melhor qualificação profissional, voltada ao atendimento personalizado ao idoso, permitirão um monitoramento de idosos com condições crônicas, bem como retardarão a evolução das doenças, a fim de oferecer uma vida prolongada, porém com qualidade, autonomia e independência.

Para Carvalho e Wong (2008), o Brasil encontra-se em uma janela de oportunidades, ou seja, apresenta um bônus demográfico proporcionado pela transição da estrutura etária da população. Assim reformas institucionais na previdência e na saúde são essenciais para, no futuro próximo, a sociedade ser capaz de sustentar as altas taxas de dependência de idosos. Nesse sentido, a APS deve desenvolver ações intersetoriais para o desenvolvimento do cuidado integral (BRASIL, 2011). Para Ferreira *et al.* (2009), a Atenção Primária, dado o conceito ampliado de saúde, deve ser facilitadora da comunicação intersetorial, buscando projetos e serviços que contribuam com a qualidade de vida da população estudada. O Melhor em Casa (Programa de Atenção Domiciliar), as Academias da Saúde, o Telessaúde, são exemplos da articulação da Atenção Primária com outros setores por iniciativa do SUS (BRASIL, 2011).

Objetivo

Descrever o desempenho da Atenção Primária à Saúde, com ênfase no cuidado integral ao idoso brasileiro.

Metodologia

O presente estudo foi realizado por meio de Revisão Integrativa, buscando responder ao problema proposto, que serviu de base para elaboração de tal projeto. A Revisão Integrativa é uma ampla forma de abordagem metodológica no campo das revisões, propiciando uma compreensão vasta do problema analisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Conforme o objetivo proposto nesse projeto, a pesquisa foi orientada pela seguinte pergunta: Qual a atuação da Atenção Primária à Saúde, destacando o cuidado integral ao idoso brasileiro?

A definição dos descritores foi feita por meio de consulta ao DECS (Descritores em Ciências da Saúde), tendo sido definidos os seguintes grupos de descritores:

- “Envelhecimento da população” ou “Envelhecimento” ou “Idoso” ou “Saúde do Idoso” ou “Serviços de Saúde para Idosos”.
- “Atenção Primária à Saúde” ou “Centros de Saúde”.
- “Integralidade em Saúde” ou “Assistência Integral à Saúde”.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados existentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando a seguinte combinação entre os descritores por meio de operadores lógicos:

- (“Envelhecimento da população” OR “Envelhecimento” OR “Idoso” OR “Saúde do Idoso” OR “Serviços de Saúde para Idosos”) AND (“Atenção Primária à Saúde” OR “Centros de Saúde”) AND (“Assistência Integral à Saúde” OR “Integralidade em Saúde”).

A busca de artigos considerou o período compreendido de 2006 a 2016. Vale destacar que o ano de 2006 é um importante marco para o estudo, devido à criação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Foram incluídos artigos nos idiomas inglês e português para o presente estudo.

A primeira seleção dos artigos foi realizada pela leitura dos títulos e respectivos resumos. Posteriormente, os artigos selecionados, quando disponíveis, foram lidos na íntegra. A discussão foi realizada, a partir da interpretação e síntese dos resultados, identificando pontos comuns, divergências e lacunas nos artigos e possíveis vieses, fomentando conclusões e criando bases para estudos futuros. Foram excluídas referências diferentes de artigos, como por exemplo, cartilhas, capítulos de livros, livros, resumos para congressos e teses.

Resultados e discussão

Na pesquisa realizada na BVS em Março de 2017, por meio da combinação dos descritores previamente citada na metodologia do estudo e dos critérios de inclusão, foram localizadas 263 referências, sendo que 44 foram excluídas por repetição. Após a leitura dos títulos e resumos, 173 referências foram excluídas por não estarem de acordo com a temática do estudo. Dos 46 títulos restantes, 28 referências foram incluídas na presente Revisão por se tratarem de artigos científicos e as 18 referências restantes não foram utilizadas, pois não eram artigos. Os anos de publicação dos artigos incluídos foram bastante heterogêneos dentro do período definido para a Revisão, sendo que os anos de 2006, 2009 e 2015 tiveram um artigo em cada ano; 2010, 2011 e 2016 três artigos em cada ano; 2012 e 2014 foram quatro artigos em cada ano e maior destaque para o ano de 2008 com oito artigos. Posteriormente, os artigos incluídos foram lidos na íntegra.

A integralidade é fundamental no cuidado em saúde em todas as fases da vida, pois preconiza um olhar multidimensional para com o usuário e com as suas respectivas necessidades (SILVA *et al*., 2014). A percepção do usuário enquanto ser integral, sem a fragmentação do sujeito em órgãos e sistemas ou ser doente é o foco do princípio da Integralidade (FRACOLLI *et al.*, 2011). Macedo e Martin (2014) afirmaram que tal princípio doutrinário do SUS traz a necessidade de compreender o processo saúde e doença não apenas do ponto de vista biológico e fisiológico, mas englobando também as condições sociais que os indivíduos e populações estão inseridos. Nesse contexto, a APS tem importante papel na efetivação da Integralidade devido adscrição da clientela, longitudinalidade e coordenação do cuidado ao longo da vida.

A revisão permitiu identificar a complexidade do cuidado integral pela APS devido aos inúmeros fatores relacionados com a Integralidade. Sala *et al.* (2011) avaliaram o processo da integralidade na Atenção Primária de acordo com a acessibilidade, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e qualificação dos profissionais de saúde. Silva *et al.* (2014) além de apontarem a acessibilidade, vínculo e enfoque familiar, afirmaram que o acolhimento, longitudinalidade, corresponsabilização, intersetorialidade, referência e contrarreferência são aspectos que consolidam a Integralidade na APS. Para Penna; Faria e Rezende (2014) a escuta qualificada e o diálogo aberto permitem otimização do acolhimento, estreitamento do vínculo entre profissional e usuário, favorecendo a coparticipação do mesmo no cuidado integral à sua saúde. O vínculo proporciona maior afetividade, fortalecendo a relação terapêutica e o empoderamento na continuidade do cuidado com a saúde (CAMARGO JR *et al.*, 2008). O empoderamento melhora o conhecimento e proporciona a redução das vulnerabilidades das comunidades relacionadas aos serviços e cuidados em saúde (LABONTE *et al.*, 2014).

A APS tem atuação em todos os ciclos da vida e deve conhecer a população adscrita e o território para planejamento das ações e serviços de saúde. O processo rápido de transição demográfica e transição epidemiológica, com aumento da carga de morbimortalidade das doenças crônicas não transmissíveis leva a necessidade de adaptação dos serviços de saúde (MENDES, 2008). Santos *et al.* (2012) mostraram que em Belo Horizonte, a priorização da saúde dos idosos no julgamento de médicos e enfermeiros, tem proporção de 68% e 59%, respectivamente, ou seja, tal proporção foi possivelmente evidenciada pela demanda que tais profissionais identificam nas Unidades Básicas de Saúde, sendo que a atenção aos idosos e o acompanhamento dos quadros crônicos devem contribuir para um envelhecimento ativo e melhor qualidade de vida. A Atenção Primária por meio do acolhimento, da escuta qualificada

e da assistência com qualidade deve identificar as principais necessidades de saúde dos idosos e propor ações e serviços que proporcionem maior autonomia (COSTA; CIOSAK, 2010).

Dessa forma, o importante papel da Atenção Primária na coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é essencial na integralidade do cuidado aos idosos brasileiros. Para Macedo e Martin (2014) a articulação entre os diversos níveis de complexidade pela APS é um dos fatores para o cuidado integral. Redes de Atenção à Saúde bem definidas, com fluxos assistenciais claros e comunicação eficiente entre os profissionais dos diversos serviços são essenciais para que a Atenção Primária à Saúde oferte adequada integralidade do cuidado. Assim, conhecer o perfil epidemiológico e as necessidades da população auxilia na operacionalização de centrais de marcação de consultas e de regulação com fluxos organizados, evitando a fragmentação dos serviços de saúde na busca pelo cuidado integral (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Quagliato; Netto e Forster (2015) mostraram que a comunicação inadequada entre a APS e outros níveis assistenciais, o número insuficiente de vagas nos níveis secundário e terciário, o excesso de burocracia para processos de encaminhamentos, tempo de espera elevado entre a solicitação e a realização das consultas com especialistas e a falta de contrarreferência prejudicam o cuidado integral pela Atenção Primária. Outras estratégias de integração da rede assistencial, importantes para a atenção integral nos cuidados com saúde, são a criação de prontuários eletrônicos e a elaboração de protocolos clínicos (ALMEIDA *et al*., 2010; CALDEIRA *et al*., 2012).

O cuidado integral preconiza o processo de trabalho centrado em equipes interprofissionais, em detrimento da organização do trabalho centrado na figura exclusiva de um único profissional de saúde (MACEDO; MARTIN, 2014). Para Penna; Faria e Rezende (2014) o trabalho em equipes interdisciplinares proporciona maior eficácia do acolhimento e do atendimento ao usuário no centro de saúde, por meio de uma busca pelo diálogo e pela horizontalização das relações na produção do cuidado em saúde. O estudo de Rocha *et al.* (2008) mostrou avanço no trabalho em equipe, por meio de reuniões coletivas para planejamento das ações e planos de trabalho, proporcionando maior integração e cooperação entre os profissionais.

A APS busca conhecer o território, as redes de apoio, os equipamentos de lazer e organizações não governamentais, além da interação com líderes comunitários, o que se torna essencial para estabelecimento do vínculo e da oferta de assistência integral à saúde (QUAGLIATO; NETTO; FORSTER, 2015). Para Costa e Ciosak (2010) reconhecer as redes de suporte é importante para auxiliar no enfrentamento dos problemas de saúde. Caldeira *et al.* (2012) constataram que atividades grupais proporcionam convivência que gera melhorias da saúde, autoestima e valorização da vida.

Os serviços na Atenção Primária à Saúde devem otimizar o uso de tecnologias leve e leve–dura para garantir a integralidade do cuidado (SILVA *et al*., 2014). O acolhimento e o vínculo, exemplos de tecnologias leves, devem ser incorporados nos serviços de saúde, pois melhoram a compreensão acerca das demandas dos usuários. Para Costa e Ciosak (2010), a visita domiciliar é uma opção de tecnologia leve que permite conhecer a realidade dos idosos mais fragilizados. Outros instrumentos para o cuidado integral são a referência e a contrarreferência, permitindo elaboração do plano terapêutico na linha do cuidado integral (QUEIRÓZ; PENNA, 2011).

O desequilíbrio entre demanda de atendimento e oferta profissional, as desigualdades em saúde nas áreas urbanas e rurais e a insuficiente formação profissional são enumerados por Santos e Giovanella (2016) como dificultadores do cuidado integral pela APS. Rocha *et al.*

(2008) acrescentam a pequena quantidade de atividades de promoção da saúde e a ausência de referência e contrarreferência como dificuldades para o cuidado integral no nível primário. O predomínio de ações individuais, como acolhimento, atendimentos e visitas domiciliares, podem limitar ações coletivas que caracterizam as atividades promocionais em saúde (QUAGLIATO; NETTO; FORSTER, 2015). O estudo de Sala *et al.* (2011) mostrou que a educação em saúde apresentou um dos piores percentuais de respostas positivas, sendo um sinal de alerta por se tratar da Atenção Primária.

Frente ao envelhecimento da população, faz–se necessária a realização de uma avaliação geriátrica abrangente que deve englobar necessidades de saúde e sociais dos idosos, e nesse contexto, tal avaliação é prioritariamente realizada por profissionais da Atenção Primária (LACAS; ROCKWOOD, 2012). A integralidade no acompanhamento dos idosos deve preconizar ações e serviços que promovam a autonomia e a funcionalidade dos idosos, tornando-os mais ativos e independentes (COSTA; CIOSAK, 2010).

Considerações finais

O presente estudo permitiu identificar diversos avanços no conceito polissêmico da Integralidade e de estratégias voltadas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, mas diversos fatores ainda são identificados como entraves no cuidado integral. A revisão integrativa apresentou 28 artigos que abordaram o desempenho da Atenção Primária e a integralidade, com ênfase no cuidado integral ao idoso brasileiro, evidenciando a relevância da APS na busca pela integralidade que é um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, verifica-se a necessidade de novas pesquisas dada à importância do tema para análise dos processos de trabalho e experiências exitosas que fortalecem o cuidado integral ao idoso brasileiro. Para tal é importante destacar a identificação dos aspectos sociais, psicológicos e biológicos frente às necessidades de saúde dos idosos brasileiros. A Integralidade do cuidado traz a necessidade de planejamento dos serviços de saúde e da organização das práticas assistenciais, sendo que devido à complexidade acerca do envelhecimento da população e do crescente número de idosos na sociedade brasileira, pode-se destacar o papel da APS devido olhar ampliado no processo saúde e doença e possibilidade de diálogo com outros níveis de atenção, com outros setores e também com as famílias. As ações e serviços da APS devem estimular a autonomia e a funcionalidade, proporcionando um envelhecimento ativo e com melhor qualidade de vida.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica. Brasília*: MS; 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: MS; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: MS; 2010. 80p.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286 – 298, 2010.

CALDEIRA, S.; MERIGHI, M. A. B.; MUÑOZ, L. A.; JESUS, M. C. P.; DOMINGOS, S. R. F.; OLIVEIRA, D. M. O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 889 -895, 2012.

CAMARGO JR., K. R.; CAMPOS, E. M. S.; TEIXEIRA, M. T. B.; MASCARENHAS, M. T. M.; MAUAD, N. M.; FRANCO, T. B.; RIBEIRO, L. C.; ALVES, M. J. M. Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 n. 1, p. 58 - 68, 2008.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.63, n. 6, p. 933 - 939, 2010.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 597 - 605, 2008.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184 - 200, 1997.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção Integral da saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437 – 444, 2010.

FERNANDES, M. G. M.; SOUTO, M. C.; COSTA, S. F. G.; FERNANDES, B. M. Qualificadores Sócio-Demográficos, Condições de Saúde e Utilização de Serviços por Idosos Atendidos na Atenção Primária. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, Paraíba, v. 13, n. 2, p. 13 - 20, 2009.

FERREIRA, A. B.; PAGANINI, C. B. L.; FALCE, T. S. L.; TODESCHINI, A. B.; ERAS, A. E.; CHEKIN, G.; MOTTA, B. R.; CARNEIRO JR, N. Programa de Atenção particularizada ao Idoso em Unidades Básicas de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 776 - 786, 2009.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P.; GRANJA, G. F.; ERMEL, R. C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135 – 1141, 2011.

GARCIA, M. A. A.; MIYAMOTO, D. A.; FRIGÉRIO, R. M.; MERLIN, S. S. A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 9, n. 1, p. 4 – 14, 2006.

LABONTE, R.; SANDERS, D.; PACKER, C.; SCHAAY, N. Is the Alma Ata vision of comprehensive primary health care viable? Findings from an international project. *Glob Health*

Action, v. 7, 2014. ISSN 24997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24997>. Acesso em: 02 mai. de 2017.

LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a reviem of its conceptualization and implications for practice. *BMC Medicine*, Londres, v. 10, n. 4, p. 1 – 9, 2012.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARGOS, V. P.; MACINKO, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, Belo Horizonte, v. 16, n. 9, p. 3689 - 3696, 2011.

MACEDO, L. M.; MARTIN, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. *Interface - comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 647 – 649, 2014.

MARTINS, A. B.; D'AVILA, O. P.; HILGERT, J. B.; HUGO, F. N. Atenção Primária à Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria a pratica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403 - 3416, 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Rev Med Minas Gerais*, Minas Gerais, v. 18, n. 4, p. 3 – 11, 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758 - 764, 2008.

MORETTI, A. C.; WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M. Práticas Corporais / Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.18, n. 2, p. 346 - 354, 2009.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363 - 372, 2007.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. S4 - S6, 2008.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 66, n. esp., p. 158 - 164, 2013.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2935 - 2944, 2011.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? *Rev Min Enferm*, Minas Gerais, v. 18, n. 4, p. 815 – 822, 2014.

QUAGLIATO, F. F.; NETTO, A. R.; FORSTER, A. C. Questionário de diagnóstico compartilhado de atenção básica: equipes de Saúde da Família típicas x ampliadas. *Saúde Soc. São Paulo*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 141 – 151, 2015.

QUEIRÓZ, E. S.; PENNA, C. M. M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas – MG. *Rev Min Enferm*, Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 62 – 69, 2011.

ROCHA, P. M.; UCHOA, A. C.; ROCHA, N. S. P. D.; SOUZA, E. C. F.; ROCHA, M. L.; PINHEIRO, T. X. A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 69 – 78, 2008.

SALA, A.; LUPPI, C. G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R. G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc. São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948 – 960, 2011.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1 – 15, 2016.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T.; MARTINS, M. I. C.; CUNHA, M. S. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2687 – 2702, 2012.

SILVA, C. T. S.; SILVA, S. S.; ALMEIDA, M. V. G.; ARAÚJO, I. B. Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. *Revista Cuidarte*, Santander, v. 5, n. 2, p. 731 – 738, 2014.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839 - 847, 2003.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102 - 106, 2010.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548 – 554, 2009.