

POLÍTICAS PÚBLICAS E AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL
DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICAPUBLIC POLICIES AND MULTIDIMENSIONAL EVALUATION
OF ELDERLY PEOPLE IN PRIMARY CARE

Claudio Mardey Nogueira (Orcid: 0000-0002-9256-0827)¹
Kissyhosan Urbanski Morais (Orcid: 0000-0003-2432-1012)¹
Ana Luísa Freitas Siqueira (Orcid: 0000-0002-9887-4755)¹
Lislei Jorge Patrizzi Martins (Orcid: 0000-0002-3729-7675)^{1,2}
Jessica Carvalho Lima (Orcid: 0000-0003-0972-1886)¹
Juliana Martins Pinto (Orcid: 0000-0003-2617-3308)^{1,2}
Isabel Aparecida Porcatti de Walsh (Orcid: 0000-0002-2317-1326)^{1,2}

RESUMO

A população mundial está envelhecendo de forma acelerada, sendo uma preocupação a carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais identificadas entre os idosos. A queda é uma das consequências mais relevantes, sendo considerada um problema de saúde pública, dada a sua prevalência e repercussões para a saúde da população idosa. É necessário identificar os fatores de risco envolvidos na queda, para que medidas preventivas sejam estabelecidas rapidamente. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família quer por demanda espontânea, quer por busca ativa, identificada por meio de visita domiciliar. Nesta, o idoso deve passar pelo processo do diagnóstico multidimensional. No entanto, existem várias dificuldades para a implementação das políticas públicas na Atenção Básica, voltadas para a realização desse diagnóstico e para a solução dos problemas dessa população. **Palavras-chave:** Envelhecimento; Política pública; Acidentes por quedas; Idoso.

ABSTRACT

The world population is aging rapidly, being a concern the burden of chronic diseases and functional disabilities identified among the elderly. Falling down is one of the most relevant consequences, being considered a public health problem, given its prevalence and repercussions for the health of the elderly population. It is necessary to identify the risk factors involved in the fall, so that preventive measures are quickly established. The National Health Policy for the Elderly defines that health care for this population will have Primary Health Care / Family Health as the entry point, whether through spontaneous demand or through active search, identified through home visits. In this last one, the elderly must undergo the process of multidimensional diagnosis. However, there are several difficulties for the implementation of public policies in Primary Care, aimed at carrying out this diagnosis and solving the problems of this population.

Keywords: Aging; Public policy; Accidental falls; Aged.

Contato
Isabel Aparecida Porcatti de Walsh
E-mail: isabelpwalsh@gmail.com

¹ Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

² Departamento de Fisioterapia Aplicada, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil.

ENVELHECIMENTO E CONSEQUÊNCIAS

A partir do século XIX, a população mundial vem envelhecendo, e de forma acelerada nos dias atuais¹. De acordo com a World Health Organization (WHO), projeções indicam que haverá 2 bilhões de idosos acima de 60 anos em 2050². No Brasil, estima-se que, em 2020, haja uma população total de 233,8 milhões, sendo 18,9 milhões os idosos com mais de 65 anos e 3,1 milhões os acima de 80 anos, caracterizando a sexta população mais idosa do mundo em 2025³.

O conceito mais difundido para o envelhecimento é o da perda da eficiência dos processos envolvidos na manutenção da homeostase do organismo, implicando o decréscimo da viabilidade ou aumento da vulnerabilidade. As modificações morfológicas e funcionais relacionadas com o envelhecimento constituem uma das maiores preocupações para os profissionais da área da saúde, especialmente quanto à prevenção de doenças e à melhora da qualidade de vida⁴. A maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais traz profundas consequências na estruturação das redes de atenção à saúde⁵.

A queda pode ser definida como um evento ou deslocamento não intencional do corpo, que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil⁶. É um dos acometimentos mais incapacitantes dessa população, já que um único evento pode trazer relevantes consequências⁷, como restrição de atividades da vida

diária (AVD), medo de cair novamente, fraturas e hospitalizações, aumentando o risco para incapacidades e mortalidade, sendo considerada um problema de saúde pública⁸.

O número total de internações por quedas em idosos brasileiros, registrado em unidades hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2005 e 2010, foi de 399.681 internações. Destas, 40,228% (160.747) ocorreram em pessoas do sexo masculino e 59,78% (238.934) em pessoas do sexo feminino, sendo que o número total de internações femininas permaneceu superior às masculinas durante todo o período analisado⁹.

Para que haja prevenção contra a queda, é preciso identificar os vários fatores de risco intrínsecos e extrínsecos presentes. Os fatores intrínsecos incluem alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento, doenças e medicamentos que acarretam risco de queda para os idosos. Os fatores extrínsecos incluem perigos ambientais, como piso escorregadio e áreas pouco iluminadas¹⁰.

Grande parte das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou nas proximidades, durante a realização de atividades rotineiras, como caminhar, mudar de posição e ir ao banheiro¹¹. Estudo identificou que os fatores extrínsecos apresentam maior frequência quando comparados aos fatores intrínsecos, sendo os mais frequentes: pisos escorregadios ou molhados (42,6%); pisos irregulares ou com buracos (35,2%); degrau alto e/ou desnível no piso (16,7%); escadaria sem corrimão (5,6%). Já os intrínsecos incluíram tontura/vertigem (61,1%); alterações do equilíbrio (47,2%); fraqueza muscular (36,1%) e dificuldade de caminhar (16,1%)¹².

Tendo em vista as complicações acarretadas pelas quedas, justifica-se a importância da prevenção das mesmas, por meio da atuação nos fatores de risco, para que se possa estabelecer medidas preventivas, reduzindo sua ocorrência, bem como as limitações funcionais¹².

POLÍTICAS PÚBLICAS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO SUS

Em 2005, o Ministério da Saúde, em sua Agenda de Compromisso pela Saúde, agregou três eixos, destacando-se aqui o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão se tornar prioridades dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (AB)¹³.

Em relação à promoção da saúde da população idosa, a implementação de ações locais deverá ser norteadas pelas estratégias contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída pela Portaria MS/GM nº 687¹⁴ e redefinida pela Portaria nº 2.446¹⁵, revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS¹⁶.

A Portaria nº 2.446 aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com a participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade de que o setor Sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. Esta tem como temas prioritários:

- I) Formação e educação permanente;
- II) Alimentação adequada e saudável;
- III) Práticas corporais e atividade física;
- IV) Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados;
- V) Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- VI) Promoção da mobilidade segura;
- VII) Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos;
- VIII) Promoção do desenvolvimento sustentável¹⁵.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria GM nº 2.528, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a AB/Saúde da Família (AB/SF), tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade¹⁷.

A Portaria nº 2.436 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB no âmbito do SUS¹⁸, caracterizando-a por desenvolver

[...] um conjunto de ações de saúde, individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária¹⁸.

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na AB/SF, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa, é identificada por meio de visitas domiciliares e deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente em que o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/família, a história clínica, aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais e o exame físico¹³.

FUNCIONALIDADE NOS IDOSOS

A funcionalidade trata das condições de saúde e da interação entre as capacidades física e psicocognitiva para a realização de atividades do cotidiano. É influenciada pelo processo de envelhecimento fisiológico por características de gênero, idade, classe social, renda, escolaridade, condições de saúde, cognição, ambiente, história de vida e por recursos de personalidade¹⁹. Diz respeito aos aspectos positivos da interação entre um indivíduo com a sua condição de saúde e seus fatores contextuais individuais (fatores ambientais e pessoais). A incapacidade denota os aspectos negativos dessa interação das disfunções nos sistemas orgânicos, seja nos aspectos fisiológicos ou morfológicos, seja na limitação das atividades, podendo resultar na restrição da participação²⁰.

O Quadro 1 apresenta a classificação clínico-funcional dos idosos, segundo Moraes et al.²¹.

Quadro 1. Classificação clínico-funcional dos idosos, segundo Moraes et al.²¹

IDOSO ROBUSTO	
São idosos que apresentam boa reserva homeostática e, portanto, são capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma e não apresentam nenhuma incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade. O foco das intervenções é a manutenção da autonomia e independência do indivíduo, através de medidas de promoção da saúde, prevenção primária, prevenção secundária e manejo clínico adequado das doenças, conforme estabelecido em “guidelines” de doenças específicas. Este grupo é subdividido em três estratos:	
Estrato 1	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as AVD avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. São indivíduos que envelheceram livres de doenças e não apresentam nenhuma outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.
Estrato 2	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial não complicada e/ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, dentre outros.
Estrato 3	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial complicada, diabetes mellitus, história de ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral sem sequelas, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoartrite, doença arterial coronariana com ou sem infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica e câncer, osteoporose, fibrilação atrial, dentre outros. Nestes idosos, tais doenças não estão associadas à limitação funcional e, geralmente, apresentam-se de forma isolada. Neste grupo estão também incluídos também os idosos que apresentam um ou dois critérios do “fenótipo de fragilidade”.
IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO	
São idosos capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, todavia encontram-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresentam uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como evidências de sarcopenia-síndrome, comprometimento cognitivo leve e/ou presença de comorbidades múltiplas. O foco das intervenções é prevenir o declínio funcional, através da abordagem adequada da polipatologia e polifarmácia, com ênfase nas seguintes intervenções, por ordem de importância: suspensão de drogas inapropriadas, definição de metas terapêuticas individualizadas, priorização dos cuidados, diagnóstico e tratamento das condições de saúde subdiagnosticadas e/ou subtratadas, reabilitação, prevenção secundária e primária. Este grupo é dividido em dois estratos:	
Estrato 4	São idosos que apresentam evidências de sarcopenia-síndrome, comprometimento cognitivo leve e/ou comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia ou internação recente), mas continuam independentes para todas as atividades de vida diária, incluindo as avançadas, definidas como as atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais.
Estrato 5	São idosos que apresentam evidências de sarcopenia-síndrome, comprometimento cognitivo leve e/ou comorbidades múltiplas e que já começam a apresentar declínio funcional em AVD avançadas. Estes idosos ainda são independentes para as AVD instrumentais e básicas.

IDOSO FRÁGIL	
E o idoso com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas. O foco das intervenções é a recuperação da autonomia e independência do indivíduo. Este grupo é dividido em cinco estratos:	
Estrato 6	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas.
Estrato 7	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária.
Estrato 8	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semidependência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).
Estrato 9	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à dependência incompleta nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade.
Estrato 10	São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho. No índice de Katz são classificados no estágio G.

Como o estado funcional é uma dimensão base para a avaliação gerontológica, muitos instrumentos específicos são propostos para sua avaliação. Entretanto, estes ainda não são utilizados de forma sistemática no Brasil²².

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é uma das ferramentas utilizadas para identificar o idoso frágil e deve ser aplicada por equipe especializada, na qual diversas escalas ou instrumentos são utilizados²³. No entanto, a duração média de sua aplicação varia de 60 minutos a 90 minutos²⁴. Assim, um instrumento de triagem multidimensional objetivo, simples e de rápida aplicação torna-se de grande importância.

Nesse sentido, o questionário Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo de fácil utilização e de rápida aplicação. Este mostra-se como

bom instrumento para identificação inicial do idoso de risco, capaz de reconhecer o idoso que precisa ser submetido a uma avaliação por equipe de especialistas em geriatria e gerontologia. Pode ser considerado uma metodologia de AGA realizada por profissionais não especialistas, que pode ser aplicado por profissionais de nível médio previamente treinados. É constituído por 20 questões distribuídas em 8 seções: idade (1 questão), autopercepção da saúde (1 questão); incapacidades funcionais (4 questões); cognição (3 questões); humor (2 questões); mobilidade (6 questões); comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfaz um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso²⁵.

O resultado da vulnerabilidade clínico-funcional poderia ser utilizado como parâmetro para admissão dos idosos em grupos diversos de trabalhos na AB.

DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DAS

Várias são as dificuldades na implementação das políticas na AB, entre elas, a falta de capacitação dos profissionais e esgotamento profissional, o alto custo, o trabalho em equipe e a grade curricular nas universidades.

Quanto à falta de capacitação dos profissionais, estudo mostra que os profissionais da AB, seja do ensino fundamental, médio ou superior, não tiveram contato com o tema educação permanente em saúde em nenhum momento de sua formação profissional, sinalizando que não existe uma ação concreta viabilizando tal contato, o que compromete os objetivos dessa política²⁶, apesar da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Peps) direcionar à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, contribuindo para a transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, bem como para a organização dos serviços, estabelecendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, para a identificação de problemas cotidianos e a construção de soluções²⁷.

Referente ao Esgotamento Profissional, estudo que analisou os indicadores de esgotamento profissional peculiares aos trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em uma revisão integrativa da literatura observou que estes apresentam-se esgotados, devido às inadequadas condições de trabalho caracterizadas por escassez de recursos humanos e físicos que leva à sobrecarga de trabalho, à violência no ambiente de trabalho e à dificuldade no trabalho em equipe²⁸.

Quanto ao alto custo, apesar da AGA ser uma das principais ferramentas utilizadas para identificar o idoso frágil, essa duração média varia de 60 minutos a 90 minutos e deve ser aplicada por equipe especializada^{23,24}, reforçando a necessidade de utilização de um instrumento de triagem que contemple aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, objetivo, simples, de fácil utilização e de rápida aplicação.

Em relação ao trabalho em equipe, este é ressaltado na Estratégia Saúde da Família (ESF) preconizando o trabalho coletivo, a articulação das ações e dos saberes, a interação comunicativa efetiva dos agentes e a flexibilidade quanto à divisão do trabalho²⁹. No entanto, constata-se que o cotidiano ainda é marcado pelo predomínio de equipes nas quais os agentes realizam um trabalho fragmentado, pouco articulado e com processos de comunicação empobrecidos, o que pode comprometer a assistência integral ao paciente^{30,31}.

Quanto à grade curricular nas universidades, a educação dos profissionais de saúde deve pautar-se nos conhecimentos experimentados, vividos, pois esses permitem formar profissionais com capacidade de solucionar problemas. Desse modo, a educação deve ser prática e medir sua qualidade ante a necessidade de contribuir para melhorar a situação de saúde da população. A universidade sem responsabilidade com a comunidade é um erro, e os currículos devem incluir, em seus planos, o princípio da responsabilidade social em cada um de seus passos, bem como os conceitos de equidade, acesso universal e qualidade do atendimento³².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação multidimensional do idoso tem sido considerada indispensável por identificar a condição funcional/saúde das pessoas com idade acima de 60 anos. Essa avaliação favorece o processo diagnóstico funcional que é essencial para a elaboração de estratégias direcionadas ao perfil da população. No entanto, na AB, pouco se observa a utilização dessa avaliação pela equipe multiprofissional. Mesmo as Políticas Públicas indicando a necessidade da promoção de saúde e prevenção de doenças e incapacidades, poucas estratégias podem ser observadas na prática profissional, talvez pelo desconhecimento da real condição funcional dos idosos, consequência da falta de uma avaliação multidimensional sistemática. O baixo investimento na formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) bem como em programas de incentivo a formação e educação

permanente também podem justificar essa falha no sistema e que tanto compromete a qualidade de vida da população idosa. Mais estudos devem ser realizados buscando identificar outros fatores que dificultam o processo da avaliação multidimensional do idoso e consequente cumprimento das Políticas Públicas.

REFERÊNCIAS

1. Cruz DL, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad Saúde Colet*. 2015 Rio de Janeiro; 23(4):386-393.
2. World Health Organization. WHO. Global report on falls prevention in older age. [acessado 2019 mai 22]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1
3. Moraes MPI, Sousa IAFC, Vasconcelos TB. Relação entre a capacidade funcional e mobilidade com a prática de atividade física em idosos participantes de uma associação. *Ciência&Saúde*. 2016; 9(2):90-95.
4. Silva MF, Goulart NBA, Lanferdini FJ, Marcon M, Dias CP. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, Rio de Janeiro. 2012; 15(4):635-642.
5. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Avaliação multidimensional do idoso/SAS. Curitiba: SESA, 2017. 113p: il. color. [acessado 2020 mar 24]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AvaliacaoMultidimensionalIdoso_2018_atualiz.pdf

6. Pimentel RM, Scheicher ME. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. *Fisioter Pesqui.* 2009; 16(1):6-10.
7. Borges FQ. A abordagem das quedas em idosos na atenção primária à saúde [monografia]. Uberaba (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
8. Pimentel WRT, Pagotto V, Stopa SR, Hoffmann MCCL, Andrade FBA, Junior PRBS, et al. Quedas entre idosos brasileiros residentes em áreas urbanas: ELSI Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2018; 52(supl. 2):12s.
9. Barros IFO, Pereira MB, Weiller TH, Anversa ETR. Internações hospitalares por quedas em idosos brasileiros e os custos correspondentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Rev. Kairós.* 2015; 18(4):63-80.
10. Alves VS, Guerra VMCO, Pimentel ACFM, Bezerra JF, Paula EMB. Atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na prevenção de quedas no idoso. *Geriatr Gerontol Aging.* 2012; 6(1):4-5
11. Cruz DT, Leite ICG. Quedas e fatores associados em idosos residentes na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol,* Rio de Janeiro. 2018; 21(5):551-561.
12. Pinho TAM, Silva AO, Tura LFR, Moreira MASP, Gurgel SN, Smith AAF, et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Rev esc enferm USP.* São Paulo, 2012; 46(2):320-327.
13. Sutil B, Carli AD, Donato AA, Vieira CP, Fontana T, et al. Risco de quedas, força muscular periférica e capacidade funcional em idosos hospitalizados. *ConScientia e Saúde,* jan./mar. 2019; 18(1):93-104.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. [acessado 2019 ago 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). [acessado 2019 ago 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. [acessado 2019 ago 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [acessado 2019 ago 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). [acessado 2019 ago 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

19. Fló CM, Perracini MR. Funcionalidade e envelhecimento. In: Perracini MR, Fló CM, editoras. *Funcionalidade e envelhecimento*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011. p. 3-24.
20. Matsudo SMM. *Avaliação do idoso: física e funcional*. Londrina: Midiograf; 2000.
21. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Pract*. 2016; 5(1):24-30.
22. Paixão Jr. CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saude Publica*. 2005; 21:7-19.
23. Moraes EN. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; 2012.
24. Moraes EN, Moraes FL. *Avaliação multidimensional do idoso*. 5. ed. Belo Horizonte: Folium; 2016. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, 1)
25. Moraes EN, Carmo JÁ, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DE. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50:81.
26. Carvalho TGS, Almeida AMB, Bezerra MIC. Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde. *SANARE, Sobral*. 2016, 15(2):94-103.
27. Brasil. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
28. Garcia GPA, Marziale MHP. Indicators of burnout in Primary Health Care workers. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(Suppl 5):2334-42.
29. Peduzzi M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):103-9.
30. Goulart BF, Camelo SHH, Simões ALA, Chaves LDP. Teamwork in a coronary care unit: facilitating and hindering aspects. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(3):479-86.
31. Heidemann ITSB, Cypriano CC, Gastaldo D, Jackson S, Rocha CG, Fagundes E. A comparative study of primary care health promotion practices in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil, and Toronto, Ontario, Canada. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(4):e00214516.
32. Venturelli J. Os aspectos educacionais na reforma da educação e nas profissões de saúde. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M, organizadores. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; 1999. p.145-64.