

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO COMO FERRAMENTA DE ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Jaquelyny Felix Correia¹
Wanderlaine Aparecida Silva¹
Dandara Novakowski Spigolon¹
Maria Antonia Ramos Costa¹
Tereza Maria Mageroska Vieira¹
Sonia Silva Marcon²
Elen Ferraz Teston³

<https://orcid.org/0000-0002-3393-9095>
<https://orcid.org/0000-0001-5588-3953>
<https://orcid.org/0000-0002-9615-4420>
<https://orcid.org/0000-0001-6906-5396>
<https://orcid.org/0000-0002-3514-4376>
<https://orcid.org/0000-0002-6607-362X>
<https://orcid.org/0000-0001-6835-0574>

Objetivo: conhecer a utilização da estratificação do idoso na prática dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida com 16 profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município da região Noroeste do Paraná, por meio de entrevista semiestruturada nos meses de abril e maio de 2018. Posteriormente as entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** Os participantes destacaram as estratégias utilizadas para implementação da estratificação de risco do idoso na rotina do serviço, bem como os desafios e potencialidades vivenciados na prática com relação a utilização dessa ferramenta. **Conclusão:** Salienta-se que a estratificação de risco do idoso, quando compreendida e utilizada de acordo com sua finalidade, oportuniza a equipe multiprofissional reflexão sobre o perfil do idoso nos diferentes estratos de risco direcionando o planejamento das ações de cuidado.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Envelhecimento; Serviços de saúde.

RISK STRATIFICATION AS A TOOL FOR THE ORGANIZATION OF CARE TO THE ELDERLY IN PRIMARY CARE

Objective: to know the use of elderly stratification in the practice of professionals working in Primary Health Care. **Methodology:** Descriptive research with a qualitative approach, developed with 16 professionals from the Family Health Strategy of a municipality in the Northwest region of Paraná, through a semistructured interview in April and May 2018. Subsequently the interviews were transcribed and submitted to the analysis of content. **Results:** Participants highlighted the strategies used to implement the risk stratification of the elderly in the routine of the service, as well as the challenges and potentialities experienced in practice regarding the use of this tool. **Conclusion:** It should be emphasized that the risk stratification of the elderly, when understood and used according to their purpose, allows the multiprofessional team to reflect on the profile of the elderly in the different risk strata directing the planning of care actions.

Descriptors: Primary health care; Aging; Health services.

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO COMO HERRAMIENTA DE ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO AL IDUARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo: conocer la utilización de la estratificación del anciano en la práctica de los profesionales que actúan en la Atención Primaria. **Método:** Investigación descriptiva, desarrollada con 16 profesionales de la Estrategia Salud de la Familia de un municipio de la región Noroeste de Paraná, a través de una entrevista semiestruturada en los meses de abril y mayo de 2018. Posteriormente las entrevistas fueron transcritas y sometidas al análisis de contenido. **Resultados:** Los participantes destacaron las estrategias utilizadas para implementar la estratificación de riesgo del anciano en la rutina del servicio, así como los desafíos y potencialidades vivenciados en la práctica con relación a la utilización de esa herramienta. **Conclusión:** Se destaca que la estratificación de riesgo del anciano, cuando es comprendida y utilizada de acuerdo con su finalidad, oportuniza al equipo multiprofesional reflexión sobre el perfil del anciano en los diferentes estratos dirigiendo la planificación de acciones de cuidado.

Descriptorios: Atención primaria de salud; Envejecimiento; Servicios de salud.

¹Universidade Estadual do Paraná-Unespar,PR.

²Universidade Estadual de Maringá-UEM,PR.

³Universidade Federal do Mato Grosso do Sul-UFMS,MS.

Autor correspondente: Elen Ferraz Teston. E-mail: elen-1208@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As consequências da transição demográfica e epidemiológica constituem prioridades na agenda governamental, uma vez que exigem mudanças na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e no processo de trabalho. No cenário mundial, a expectativa de vida aumenta em pelo menos dois anos a cada década, no entanto, esta não vem acompanhada de melhora na tendência de incapacidades⁽¹⁾.

Nesse contexto, a senilidade tem trazido importante carga aos sistemas de saúde, entretanto é pouco provável que o simples ajuste de instituições políticas existentes seja uma resposta eficiente aos desafios colocados⁽²⁾. Diante disso, além da importância das parcerias Inter setoriais, a rede de serviços de saúde necessita estar organizada e apta para atender as demandas dessa população, a fim de que os anos a mais de vida sejam acompanhados de qualidade, autonomia e o máximo de independência^(3,4).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde individual, familiar e coletiva, desenvolvidas por equipes multiprofissionais, pautadas na prática do cuidado integrado e gestão qualificada, e constitui a porta de entrada para a RAS⁽⁵⁾. No entanto, inúmeros desafios tem sido vivenciados na estruturação e funcionamento dos serviços⁽⁶⁾.

Destarte, em 2011 o estado do Paraná inicia o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), por meio da implantação das redes temáticas de Atenção à Saúde, a fim fortalecer a capacidade de assistência e de gestão das equipes que atuam na Atenção Primária. Em especial, na área da Saúde do Idoso, a rede temática discorre sobre a necessidade de estabelecer prioridades no acompanhamento dos idosos pelos serviços de saúde⁽⁷⁾.

Para tanto, propõe a utilização da estratificação de risco do idoso a partir da avaliação de sua fragilidade, determinada pelo escore obtido com a aplicação do Vulnerable Elders Survey (VES-13). Salienta-se que a identificação do estrato de risco visa à adoção de ações preventivas, curativas ou reabilitadoras pertinentes em cada caso, a fim de oferecer a esses indivíduos a oportunidade de manutenção da sua funcionalidade e qualidade de vida pelo maior tempo possível⁽⁷⁻⁸⁾.

Estudos realizados em diferentes países⁽⁹⁻¹¹⁾ revelaram que embora seja necessária a implantação de políticas de cuidados ao idoso desenvolvidas a partir da identificação da vulnerabilidade, a utilização de ferramentas para tanto na prática assistencial, ainda é bastante incipiente. Isto suscita os seguintes questionamentos: como tem sido a utilização da estratificação de risco do idoso pelos profissionais de saúde que atuam na APS?

Nesse sentido, acredita-se que a utilização de instrumentos

que identifiquem a especificidade de cada idoso permite o planejamento e a construção do plano de cuidado adequado as reais necessidades, além da oferta de uma assistência com equidade e maior chance de resolutividade.

O objetivo do estudo foi conhecer a utilização da estratificação de risco do idoso na prática dos profissionais que atuam na APS.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Descritivo, de natureza qualitativa.

Participantes da pesquisa

Participaram do estudo profissionais que atuam na APS, os quais foram selecionados adotando-se como critério de inclusão ter participado da oficina de capacitação do APSUS, referente à Estratificação do idoso. Um total de 20 profissionais eram elegíveis a participar da pesquisa, visto que 27 profissionais não participaram da oficina estadual e nem do treinamento municipal equivalente. O único critério de exclusão definido foi estar de licença ou férias durante o período de coleta de dados.

Local do estudo

O estudo foi realizado em um município de médio porte localizado no Sul do Brasil. Foram selecionadas as três UBS que durante o ano de 2017 receberam o selo de qualidade pelo Programa de Melhoraria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Isso porque, um dos itens para concorrer ao selo de qualidade é a utilização, pelas equipes, das fichas de estratificação de risco. Na ocasião da pesquisa as três UBS contavam com 47 profissionais da ESF sendo eles: quatro médicos, quatro enfermeiros, três técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, três odontólogos, três técnicos em saúde bucal, 28 ACS.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nas referidas UBS em sala privativa, nos meses de abril e maio de 2018, em dias e horários previamente agendados, por meio de entrevista individual com duração média de 30 minutos, utilizando-se a seguinte questão norteadora: Fale sobre a utilização da estratificação de risco do idoso na rotina de trabalho da equipe desde sua implantação. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pelas pesquisadoras principais, preferencialmente, no mesmo dia em que foram realizadas. A busca por informações aconteceu até o momento em que os dados começaram a se tornar repetitivos e o objetivo da pesquisa foi alcançado.

Procedimento de análise dos dados

Os dados foram analisados segundo o referencial metodológico da análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo-se as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (12). Inicialmente ocorreu a leitura exaustiva e detalhada das falas, seguida pela classificação e agregação dos dados com a identificação de termos comuns: utilização da estratificação – preenchimento, dificuldades, implantação; utilização dos resultados gerados pela ficha pela equipe para produzir mudanças na prática) e por fim procedeu-se a elaboração da categoria temática: Desafios e potencialidades na utilização da estratificação de risco do idoso no contexto da APS.

Procedimentos éticos

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos institucional pelo parecer no. 2.566.753. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. As entrevistas foram identificadas com o nome da categoria profissional seguido do número arábico referente à ordem de realização das entrevistas por categoria. Ex: (Enfermeiro 1, Agente Comunitário de Saúde 1).

RESULTADOS

Os informantes do estudo foram 16 profissionais, visto que dos 20 elegíveis, dois estavam de férias (um médico e uma enfermeira) e outros dois se recusaram a participar do estudo (um médico e uma técnica em saúde bucal). Os participantes foram oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três enfermeiros, três técnicos de enfermagem, um médico e uma odontóloga. Eles tinham idade entre 28 e 54 anos (média de 37 anos), 15 eram do sexo feminino e o tempo médio de formação e de atuação na APS foi de nove anos.

Desafios e potencialidades na utilização da estratificação de risco do idoso no contexto da APS

Nesta categoria pode-se observar as estratégias utilizadas pelas equipes da ESF para implementar a estratificação de risco do idoso, bem como os desafios e potencialidades vivenciados na prática com relação a utilização dessa ferramenta. Assim, as falas apontaram que são os ACS, durante a visita domiciliar, quem realizam a estratificação de risco: “Os ACS que fazem a estratificação de risco, eles aplicam uma vez ao ano (Enfermeiro 1); Nós, ACS, aplicamos a estratificação. A gente vai na área e na conversa com o idoso faz o questionário com ele, depois trazemos para a nossa coordenadora enfermeira chefe (ACS 5)”.

No entanto, alguns ACS referem dificuldades, em especial, durante o preenchimento, “As perguntas confundem... por serem muitas vezes, duas perguntas numa mesma questão (ACS 4); [...] na hora de fazer para saber o risco a gente sabe o que o paciente tem, mas na hora de preencher ficamos com dúvidas (ACS 1)” e relatam a necessidade de treinamentos permanentes para proporcionar a fidedignidade dos resultados encontrados: “A capacitação não foi suficiente porque foi em um único momento, um dia só...tudo de uma vez... e estavam diferentes categorias profissionais em um ambiente muito grande e acaba que fica muito vago [...] eram marcados encontros que a gente ficava o dia todo lá, geralmente tudo teoria[...], como a conversa é muito ampla, o grau de entendimento dos ACS é menor, as enfermeiras deveriam fazer um mini curso após a oficina para explicar melhor (ACS 2)”

Verificou-se também que, embora a oficina de capacitação para utilização da estratificação tenha incluído todos os membros da equipe multiprofissional da ESF, por vezes, os profissionais da odontologia sentem-se alheios à utilização dessa ferramenta em sua prática diária: “Para nós da odontologia fica um pouco fora da nossa ação, foi mais para parte médica, enfermagem e dos agentes, ficou faltando a odontologia, ter a abordagem para o odontólogo fazer nessa estratificação. Como vamos utilizar isso na nossa prática? (Odontólogo 1)”

Em contrapartida, alguns profissionais destacaram mudanças que já ocorreram na prática do serviço em decorrência da utilização das informações produzidas pela estratificação: “A estratificação é o começo, é um modo de ajudar mais a gente a conhecer esse paciente e poder levar para unidade para nosso chefe os problemas para poder resolver no lugar certo e de acordo com a necessidade dele (Técnico de enfermagem 1); Nós temos uma pasta onde arquivamos todas as estratificações por ACS e temos uma pasta compartilhada também onde elas atualizam os dados [...] quantos são baixo risco, quantos são alto risco para gente conhecer quem são esses pacientes e organizar onde ele precisa ser atendido e qual a real precisão de cuidado que ele tem...se é mais dependente ou independente...se tem apoio ou não (Enfermeiro 2); Acho que a estratificação de risco faz um diagnóstico da clientela idosa, e assim facilita saber qual estratégia será mais adequada utilizar...ajuda também a estabelecer metas de trabalho e realizar o encaminhamento adequado de cada idoso (Médico 1); Aqui a gente faz a estratificação deles e acompanha, aqueles de alto risco a gente encaminha para o programa de atendimento aos pacientes com condições crônicas do município. (Técnico de enfermagem 3).

Também foi relatada a necessidade de estratégias que

precisam ser discutidas e implementadas pela equipe da APS, a fim de utilizar os resultados gerados pela estratificação de risco para planejar atividades educativas e elaborar plano de cuidado individual, conforme o estrato: “Eu acho que deveria ter mais ação educativa, tem um grupo de idoso que faz academia da terceira idade aqui só que são idosos mais ativos, de baixo risco, então eles precisam de ações com foco maior na prevenção e promoção [...] (ACS 7); Eu acho que deveria ser elaborado plano de cuidados para os idosos vulneráveis, oferecer opções que melhore a qualidade de vida dele dentro do ambiente em que ele vive, [...] a gente ainda não consegue desenvolver as ações a partir da estratificação por questão de tempo (Técnico de enfermagem 2); [...]precisávamos colocar em prática isso o mais rápido possível, essa periodicidade o controle do retorno desse idoso na UBS, principalmente o de alto risco, ter um número x de consulta pra esse idoso por ano, estar monitorando, não só estratificar, mas sim transformar esses dados em coisas que vão ter benefícios pra eles (Enfermeiro 3). Normalmente não temos discussão sobre o resultado da estratificação [...] o que estamos começando a implantar aqui no posto, quando o idoso é risco habitual, ele tem que passar pelo menos uma vez ao ano por consulta com o clínico geral. Quando é risco intermediário, tem que passar pelo menos duas vezes por ano com o clínico geral e quando é alto risco, vai passar em consulta com geriatra pelo e nós vamos poder detectar alguma alteração ou alguma vulnerabilidade maior (Enfermeiro 2)”

DISCUSSÃO

Frente ao conhecimento quanto a utilização da estratificação de risco na prática dos profissionais entrevistados, ressalta-se que embora recente e ainda que apresente dificuldades na implantação, essa ferramenta oportuniza possibilidades de organização do fluxo e equidade do cuidado ao longo dos diferentes pontos da RAS. Embora haja uma vasta literatura sobre o cuidado à pessoa idosa, a organização do cuidado por estratos de risco ainda é insuficientemente abordada e discutida durante a formação dos profissionais de saúde e no cotidiano de trabalho.

A visita domiciliar é uma estratégia fundamental na prática da APS, pois possibilita o reconhecimento, pelos profissionais de saúde, das reais necessidades vivenciadas nos diferentes contextos (13). Nesse sentido, a realização da estratificação de risco no âmbito domiciliar, conforme observado nas falas do Enfermeiro 1, ACS 5 e ACS 6, possibilita o reconhecimento de peculiaridades e o planejamento de ações de cuidado que envolva também a família, considerando o grau de risco do idoso. Cabe destacar ainda, que o vínculo entre a equipe e o usuário do serviço é favorecido pelo contexto domiciliar, possibilitando assim a identificação de fatores que podem

influenciar variáveis no planejamento das ações de cuidado.

Segundo relato dos entrevistados, a realização da estratificação de risco do idoso está restrita a atividade dos ACS. Nesse sentido, identifica-se a necessidade de discutilas com os outros membros da equipe, a fim de tornar possível a interação profissional com a utilização de uma ferramenta comum à equipe, a qual pode contribuir para o planejamento sistemático de atividades e ações de cuidado multiprofissional.

Observou-se no presente estudo, que embora estejam realizando conforme capacitação recebida, por vezes os ACS apresentam dificuldade, em especial, com relação a compreensão de algumas questões da ficha. Ademais, considerando que a estratificação de risco constitui uma ferramenta de trabalho de grande valia para a organização do fluxo de atendimento e acompanhamento de idosos no âmbito da APS, a fidedignidade durante o preenchimento é fundamental para obtenção do estrato de risco adequado.

Nesse sentido, destaca-se a importância de realização frequente de capacitações, de modo a oportunizar o esclarecimento de dúvidas relacionadas as ferramentas de trabalho utilizadas pela equipe, bem como apresentação de sugestões para melhorias na operacionalização(14). Além de favorecer e acelerar o atendimento ao usuário e conferir segurança aos profissionais que executam determinada tarefa, a educação permanente é primordial para a ocorrência de mudanças nos padrões de saúde, a partir das melhorias que possibilita na qualidade da assistência (15-16).

Para além do preparo teórico e prático para utilização a estratificação de risco, conforme revelado pelos profissionais em estudo, mostrou-se necessário ações de fortalecimento da interação entre as diferentes categorias profissionais de uma mesma equipe, de modo que compartilhem e discutam a utilização das ferramentas de trabalho e conseqüentemente os resultados produzidos. Reitera-se que a existência de lacunas na atuação dos diferentes profissionais da APS, principalmente entre os odontólogos e demais profissionais, já apontadas pela literatura como fator negativo para a qualidade da assistência⁽¹⁷⁾.

Em contrapartida, estudos apontaram que ações multidisciplinares favorecem a oferta de cuidados mais efetivos e com maior impacto na qualidade de vida, tanto dos idosos quando de seus cuidadores⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Destaca-se que estruturar o sistema de cuidado por meio das RAS é o mais eficiente caminho para a concretização da integralidade como princípio fundante do SUS pois tem como objetivo superar as dificuldades produzidas pela fragmentação da organização do serviço, substituir ações imediatistas e curativas, por um modelo que valoriza o princípio da integralidade e o atendimento das particularidades de cada

território e população⁽⁵⁾.

Atinente a isso, a utilização dessa ferramenta na prática do serviço auxilia também, no diagnóstico situacional do idoso e na identificação das condições de vulnerabilidade, o que possibilita o planejamento de ações de cuidado direcionado. Nesse sentido, é importante o conhecimento de todos quanto a legislação e políticas pertinentes ao idoso, além do perfil epidemiológico, situações de risco e das várias faces do processo de envelhecimento, a fim de, em grupo, planejar a organização das ações de cuidado⁽²⁰⁾.

Deveras, é necessário um trabalho sistematizado junto a toda a equipe de saúde para que as ações direcionadas aos idosos de alto risco por exemplo, que são aqueles que possuem maior quantitativo de síndromes geriátricas, menor qualidade de vida e maior implicações na prestação de cuidados de saúde, sejam direcionadas pela ênfase na reabilitação e elaboração de estratégias que favoreçam a manutenção da autonomia/independência considerando as limitações⁽²¹⁾. Por vezes, para o tratamento integral desse idoso, torna-se necessário o atendimento compartilhado entre APS e serviços especializados.

Além disso, destacam a necessidade em oferecer assistência continuada, em especial ao idoso estratificado como alto risco, uma vez que se observa que o modelo predominante vivenciado no processo de trabalho dos profissionais da APS ainda é predominantemente curativista, resumindo-se ao encaminhamento ao especialista⁽²²⁾.

Do mesmo modo, para aqueles idosos estratificados como baixo e médio risco a ênfase das ações deve ocorrer na promoção da saúde e a prevenção de doenças e/ou complicações. Nessa perspectiva, a educação em saúde é entendida como prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e da coletividade⁽²³⁾. Salienta-se que uma alternativa de acompanhamento para os idosos desse estrato, é a formação de grupos, a fim de possibilitar aos diferentes integrantes compartilharem informações e estratégias utilizadas para contornar as dificuldades com relação aos comportamentos de risco ressignificações necessárias⁽²⁴⁾.

Portanto, a organização das estratégias de cuidado a partir da identificação do grau de risco do idoso pode ser útil na elaboração de políticas públicas e na implementação de programas de cuidado multidisciplinar⁽²⁵⁾. No entanto, mudança na maneira de produzir o trabalho em saúde possui inúmeros desafios, sendo necessário uma inversão na lógica

que tem sido operada até então. Esta deve estar presente e se fazer sentir no agir de todos os sujeitos envolvidos no processo - gestores, trabalhadores de saúde e usuários, já que compartilham um objetivo comum que é a assistência de qualidade⁽²⁶⁾. Ademais, os próprios profissionais reconhecem as fragilidade dos elementos estruturais da rede⁽²⁷⁾, no entanto por vezes, não refletem sobre os aspectos de governabilidade pessoal e de organização do processo de trabalho que necessitam ser alterados para qualificação do cuidado.

Limitações do estudo

Identifica-se como limitação a realização da pesquisa em um único contexto.

Contribuições do estudo para prática

O estudo atende aos pressupostos da pesquisa qualitativa e traz importante contribuição para o processo a reflexão na prática diária dos profissionais quanto a utilização de ferramentas que podem organizar e direcionar a crescente demanda de cuidado exigida pela população idosa. Sugere-se a realização de estudos futuros, em especial de intervenção, que auxiliem a discussão pelos membros da equipe quanto aos resultados gerados pela estratificação e teste diferentes estratégias de cuidado de acordo com o estrato de risco.

CONCLUSÃO

A importância da utilização da estratificação de risco para organização da assistência é reconhecida pelos profissionais da ESF, embora apontem alguns desafios nesta utilização, tais como a fragmentação no processo de trabalho evidenciando a necessidade de estratégias para fortalecer o trabalho em equipe, caracterizado pela discussão dos casos, a construção coletiva de planos de cuidados, bem como o desenvolvimento de estratégias para evitar a fragilização dos idosos.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram da concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

- Jagger C, Matthews FE, Wohland P, Fouweather T, Stepha BC, Robinson L, et al. A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet* [Internet]. 2016 [Cited 2019 Jan 10]; 387(10020): 779-86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26680218>
- Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel B, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet* [Internet]. 2016 [Cited 2019 Jan 14];385(9968): 649-57. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61464-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61464-1/fulltext)
- Hua CY, Huang Y, Su YH, Bu JY, Tao HM. Collaborative care model improves self-care ability, quality of life and cardiac function of patients with chronic heart failure. *Braz J Med Biol Res*. [Internet]. 2017[Cited 2019 Jan 10]; 50(11): e6355. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28953989>
- Li J, Xu L, Chi I. Challenges and resilience related to aging in the United States among older Chinese immigrants. *Aging Ment Health* [Internet]. 2017 [Cited 2019 Jan 22]; 15:1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28914547>
- Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2017 [Cited 2019 Fev 01];22(3):713-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320170023000713
- Borges LS, Freitas PF, Vietta GG, Borges KR, Nazario NO. Estudo dos critérios determinantes de procura pelo serviço de emergência, por pacientes classificados como pouco urgentes e não urgentes, em um Hospital geral do Sul do Brasil. *Arq Catarinenses de Medicina* [Internet]. 2018. [citado 2019 Abr 09];47(3):60-73. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/363/273>
- Luz LL, Santiago LM, Silva JFS, Mattos IE. Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o Português. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [Cited 2019 Fev 07]; 29(3):621-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000300019&script=sci_abstract&tlng=pt
- Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuição para a identificação de idosos vulneráveis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [Cited 2019 Fev 12]; 46:116-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000700017&script=sci_abstract&tlng=pt
- Kong t, Yang P. Finding the vulnerable among China's elderly: identifying measures for effective policy targeting. *Journal of aging & Social Polycy*. [Internet]. 2019. [Cited 2019 May 12]; 31(3). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2018.1485391>
- Kirkhus L, Benth JS, Rostoft S, Gronberg BH, Hjermstad MJ, Selbaek G et al. Geriatric assessment is superior to oncologists' clinical judgement in identifying frailty. *British Journal of cancer*. [Internet]. 2017. [Cited 2019 Abr 12];117:470-77. Available from: <https://www.nature.com/articles/bjc2017202>
- Andrew MK, Keefe JM. Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. *BMC Geriatr*. [Internet]. 2014. [Cited 2019 May 18]; 14:90. Available from: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-90>
- Bardin L. Análise de conteúdo. Edição revisada e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Basu P, Mahajan M, Patira N, Prasad S, Mogri S, Muwonge R et al. A pilot study to evaluate home-based screening for the common non-communicable diseases by a dedicated cadre of community health workers in a rural setting in India. *BMC Public Health* [Internet]. 2019[Cited 2019 May 08];19(1):14. Available from: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6350-4>
- Santos Neto CG, Barbosa MIS. Estratificação de Risco das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: A Contribuição da Psicologia. *Sanare* [Internet]. 2018 [citado 2019 Mar 07]; 17(1):06-14. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1217>
- Nascimento RAM, Assunção MSC, Silva Junior JM, Amendola CP, Carvalho TM, Lima EQ, et al. Conhecimento do enfermeiro para identificação precoce da Injúria Renal Aguda. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado 2019 Mar 08]; 50(3):399-404. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0399.pdf
- Ghaferi AA, Dimick JB. Importance of teamwork, communication and culture on failure-to-rescue in the elderly. *Br J Surg* [Internet]. 2016 [Cited 2019 Abr 01]; 103(2):e47-51. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bjs.10031>
- Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Goes PSA. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [citado 2019 Abr. 02]; 20(10):3111-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003111&script=sci_abstract&tlng=pt
- Bertazone TMA, Ducatti M, Camargo HPM, Batista JMF, Kusumoto L, Marques S. Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer. *Rene* [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr. 18]; 17(1):144-53. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/2633/2020>
- Joist T, Wagner J, Bitschnau-Kueg A, Ruberg K. Eine multiprofessionelle Herausforderung. Outpatient palliative care a multiprofessional challenge. *Med Monatsschr Pharm*. [Internet]. 2016. [Cited 2019 Jun 04]; 39(11):458-64. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-29956522>
- Perkinson MA. International fieldwork in the age of global aging: fostering intercultural competence through student research and service provision in a residential care facility for older Guatemalans. *Gerontol Geriatr Educ* [Internet]. 2019 [Cited 2019 Abr 07];1-19. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02701960.2018.1561445>
- Anzaldi LJ, Davison A, Boyd CM, Leff B, Kharrazi H. Comparing clinician descriptions of frailty and geriatric syndromes using electronic health records: a retrospective cohort study. *BMC Geriatr*. 2017 [Cited 2019 Jun. 18]; 17:248. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5657074/>
- Santos SC, Tonhom SFR, Komatsu RS. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Rev Bras Promoç Saúde*. [Internet]. 2016 [Cited 2019 Jun 08]; 29(Supl):118-27. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6413>
- Brandstetter S, Curbach J, Lindacher V, Rueter J, Warrelmann B, Loss J. Empowerment for health nutrition in German communities: a study framewok. *Health Promot Int*. [Internet]. 2017. [Cited 2019 Jun 02];32(3):500-10. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/32/3/500/2950949>
- Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 02]; 21(2): 158-67. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n2/pt_1809-9823-rbagg-21-02-00155.pdf
- Rossetti ES, Terassi M, Ottaviani AC, Santos-Orlandi AA, Pavarini SCI, Zazzetta MS. Fragilidade, sintomas depressivos e sobrecarga de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2018 [Cited 2019 Fev 22]; 27(3):e3590016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072018000300329&tlng=pt&nrm=iso
- Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 18]; 68(2):333-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000200333&script=sci_abstract&tlng=pt
- Bandeira FJS, Campos ACV, Gonçalves LHT. Rede de atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da Atenção Primária. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 2019 Ago 06];10(2): 24-9. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1988/514>