

Consulta de enfermagem gerontogeriátrica na atenção primária: aspectos estruturais do cuidado

Geriatic nursing consultation in primary care: structural aspects of care

Como citar este artigo:

Menezes VV, Costa PA, Silva ATH, Oliveira CBS, Silva BJQ, Barbosa MPR, et al. Geriatric nursing consultation in primary care: structural aspects of care. Rev Rene. 2025;26:e95653. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20252695653>

 Vitória Victor Menezes¹

 Patrício de Almeida Costa²

 Adrya Thayanne Henriques da Silva³

 Caio Bismarck Silva de Oliveira⁴

 Bruno Jonathan Queiroz Silva¹

 Maria Paula Ramalho Barbosa¹

 Matheus Figueiredo Nogueira¹

RESUMO

Objetivo: conhecer os aspectos estruturais da consulta de enfermagem gerontogeriátrica realizada por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** estudo qualitativo com oito enfermeiros, selecionados intencionalmente. A coleta foi realizada por meio de questionário socioprofissional e entrevista semiestruturada. Os dados foram processados pelo software IRAMUTEQ e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** identificou-se cinco classes que abordaram: a caracterização da abordagem à pessoa idosa, o cuidado na perspectiva biomédica, a ênfase na fragilidade do idoso, o fluxo organizacional da consulta e os métodos de registro durante a consulta. Das classes surgiram duas categorias temáticas: I) A consulta de enfermagem à pessoa idosa focada no cuidado à doença; II) O *déficit* da atenção multidimensional à pessoa idosa: da acolhida ao cuidado longitudinal. **Conclusão:** houve predomínio do modelo biomédico nas consultas, com baixa utilização de instrumentos de avaliação multidimensional, ausência de planejamento específico para idosos e carência de capacitação profissional. Em contrapartida, o uso do prontuário eletrônico foi destacado como potencialidade. **Contribuições para a prática:** os achados reforçam a necessidade de capacitações e podem subsidiar a implementação de práticas humanizadas, protocolos assistenciais e políticas públicas voltadas à atenção integral à pessoa idosa na atenção primária. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Ambulatorial; Enfermagem Geriátrica; Assistência Integral à Saúde; Idoso.

ABSTRACT

Objective: to explore the structural aspects of geriatric nursing consultation carried out by nurses working in primary care. **Methods:** a qualitative study was conducted with eight nurses selected through purposive sampling. Data collection included a socioprofessional questionnaire and semi-structured interviews. Data were processed using IRAMUTEQ and analyzed with content analysis. **Results:** five classes emerged: Characterization of the approach to older adults in the Basic Health Unit, Biomedical perspectives of care, Nursing perspectives on frailty in older adults, Organizational flow of geriatric nursing consultations, and Recording and assessment methods used during the consultation. Two thematic categories were identified: (I) Nursing consultations with older adults focused on disease-oriented care; (II) The deficit in multidimensional care for older adults, from user embracement to longitudinal care. **Conclusion:** the biomedical model predominated in consultations, with limited use of multidimensional assessment tools, a lack of specific planning for older adults, and a shortage of professional training. Conversely, the use of the electronic health record was highlighted as a potential enabler. **Contributions to practice:** the findings underscore the need for professional training and may support the implementation of humanized practices, care protocols, and public policies aimed at comprehensive care for older adults in primary care.

Descriptors: Primary Health Care; Office Nursing; Geriatric Nursing; Comprehensive Health care; Aged.

¹Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, PB, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Santa Cruz, RN, Brasil.

³Universidade Estadual da Paraíba.

Campina Grande, PB, Brasil.

⁴Universidade Federal da Paraíba.

João Pessoa, PB, Brasil.

Autor correspondente:

Vitória Victor Menezes

Rua Fernando dos Santos Leal, 724

Cidade Universitária. CEP: 58397-000

Areia, PB, Brasil.

E-mail: vmenezes@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negrerios 

Introdução

O processo de trabalho corresponde à forma como as atividades profissionais são organizadas e executadas, direcionadas por objetivos definidos e estruturadas pela interação de diferentes fatores que se modificam a partir da ação humana⁽¹⁾. No campo da enfermagem, esse processo abrange cinco dimensões: assistir, administrar, ensinar, pesquisar e atuar politicamente, as quais podem ocorrer de maneira articulada ou de forma independente⁽²⁾.

A dimensão assistir ou cuidar em enfermagem tem como foco o cuidado direcionado a indivíduos, famílias, grupos e comunidades, com a finalidade de promover, manter e restaurar a saúde⁽³⁾. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o enfermeiro desempenha funções específicas, entre as quais se destaca o acompanhamento contínuo e organizado das pessoas em todas as etapas do ciclo de vida. Esse processo ocorre por meio da Consulta de Enfermagem, fundamentada em saberes técnico-científicos e aplicada em caráter educativo e assistencial, possibilitando atender à complexidade das necessidades de saúde de cada pessoa⁽⁴⁻⁵⁾.

No que se refere ao cuidado à pessoa idosa, observa-se crescente atenção em virtude dos avanços das tecnologias em saúde e da transição demográfica, o que tem provocado transformações nos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁶⁾. A enfermagem, inserida nessa realidade, tem buscado produzir e difundir conhecimentos no campo gerontogeriátrico, a fim de reorientar práticas e saberes voltados à promoção da saúde, manutenção da autonomia, prevenção de fragilidades e garantia de melhor qualidade de vida⁽⁷⁾.

A enfermagem gerontogeriátrica, nesse contexto, configura-se como campo dinâmico, sustentado pela escuta qualificada e pelo planejamento de ações centradas na pessoa idosa e em sua família. Durante a consulta, o enfermeiro deve considerar não apenas aspectos clínicos e funcionais, mas também fatores psicossociais, culturais e espirituais que influenciam a saúde e o autocuidado⁽⁸⁾. O Processo de Enfermagem

orienta essa prática, permitindo a identificação de necessidades, elaboração de diagnósticos e implementação de cuidados individualizados. Evidências apontam que a valorização das dimensões socioculturais favorece práticas mais humanizadas e eficazes, respeitando crenças, valores e contextos de vida diversos⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Entretanto, apesar de sua relevância, a consulta de enfermagem à pessoa idosa ainda apresenta lacunas importantes. Têm-se evidenciado *déficits* na assistência, expressos principalmente na fragilidade de competências gerontológicas dos enfermeiros, incluindo a inaptidão ou desconhecimento sobre a avaliação multidimensional da pessoa idosa, instrumento central para a consulta gerontogeriátrica. Tal avaliação constitui processo sistemático e interdisciplinar que visa identificar: aspectos clínicos, funcionais, psicológicos, sociais e ambientais⁽¹¹⁾.

O cuidado gerontogeriátrico vai além do manejo clínico das doenças crônicas, característico do cuidado geriátrico tradicional, demandando uma prática ampliada, interdisciplinar e sensível aos múltiplos determinantes que afetam o envelhecimento. Contudo, a aplicabilidade do Processo de Enfermagem permanece incipiente nos serviços de saúde, seja por limitações estruturais, falta de protocolos específicos ou carência de profissionais capacitados⁽¹²⁾.

Dessa forma, investigar a consulta de enfermagem gerontogeriátrica a partir da visão de enfermeiros da APS pode favorecer a identificação de potencialidades e fragilidades estruturais, além de subsidiar a construção de estratégias que qualifiquem o cuidado, promovam o envelhecimento ativo e previnam fragilidades comuns na velhice. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo conhecer os aspectos estruturais da consulta de enfermagem gerontogeriátrica realizada por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com enfermeiros em 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município de pequeno porte localizado

no interior do estado da Paraíba, Brasil. O estudo foi elaborado e apresentado de acordo com o guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

A população do estudo foi composta por nove enfermeiros vinculados às UBS do município, selecionados de forma intencional. Foram incluídos e convidados a participar todos os nove profissionais atuantes nas dez UBS, sendo excluídos apenas aqueles afastados por licença médica ou outros motivos de afastamento, o que não ocorreu. Assim, todos os enfermeiros estavam inicialmente elegíveis. Ao final, a amostra foi composta por oito participantes: uma enfermeira atuava em múltiplas unidades rurais e outra não foi localizada, apesar de sucessivas tentativas de contato.

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024, por meio de dois instrumentos: um questionário socioprofissional, que contemplou variáveis como sexo, faixa etária, tempo de formação, tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família, titulação (especialização, mestrado, doutorado) e qualificação em saúde da pessoa idosa; e um roteiro de entrevista direcionado aos elementos estruturantes da consulta de enfermagem gerontogeriátrica. Esse roteiro foi elaborado de forma colaborativa pelos pesquisadores, com base em revisão da literatura e nas recomendações normativas da Atenção Primária à Saúde, contemplando aspectos relacionados ao contexto da consulta (abordagem individual ou familiar, local de realização, forma de acesso e critérios de atendimento), etapas e métodos utilizados (propedêuticos, instrumentos de avaliação, registros em prontuário), bem como percepções dos enfermeiros sobre fragilidades, desafios e potencialidades desse cuidado. Após sua formulação, o instrumento foi submetido a pré-teste entre os pesquisadores, o que possibilitou ajustes quanto à clareza, pertinência e adequação às finalidades do estudo. As entrevistas individuais, conduzidas de forma semiestruturada, combinaram perguntas abertas e fechadas, utilizando o roteiro previamente ajustado como guia norteador.

As entrevistas foram desenvolvidas pelo autor

principal, um enfermeiro e doutor em saúde coletiva, e uma estudante de Enfermagem, que foi treinada pelo orientador para realizar a pesquisa. Inicialmente foi realizado um contato prévio com os participantes para verificar a disponibilidade de datas e horários, e também, apresentar os objetivos da pesquisa e o roteiro das perguntas da entrevista, para que os entrevistados pudessem ter uma ideia inicial do que seria a participação.

As entrevistas foram realizadas nos consultórios de enfermagem das UBS com garantia de sigilo, privacidade e gravação em aparelho de áudio para posterior transcrição integral. Na ocasião, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assinado em duas vias — uma arquivada pelos pesquisadores e a outra entregue ao participante. O procedimento de entrevista foi realizado sem pausas, no entanto, os entrevistados poderiam utilizar o tempo que necessitassem para responder o questionamento ou, a depender, poderiam optar por não responder, o que não foi o caso. A duração média da entrevista foi de 30 minutos.

Após a realização das entrevistas, os áudios foram transcritos no software *Microsoft Word*, organizando-se o conteúdo em um *corpus* textual único. As transcrições não foram devolvidas aos entrevistados para comentários ou correções. Esse material foi exportado para o *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). O resultado gerado originou a construção de um dendrograma das classes, sendo apresentadas hierarquicamente as palavras de acordo com as ocorrências e as ligações existentes entre elas, conforme sua associação estatística (consideradas significativas aquelas com $p < 0,05$ e $X^2 > 3,84$).

Para complementar a análise e visualizar as relações entre classes e termos, foi aplicada a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que gerou uma representação gráfica em plano cartesiano, facilitando a interpretação dos dados ao cruzar a frequência dos vocábulo com as classes identificadas. Ressalta-se que para assegurar o anonimato das participantes, suas identidades foram codificadas na transcrição dos da-

dos por meio da sigla 'Enf', seguida por um numeral correspondente à ordem sequencial das entrevistas realizadas (por exemplo, Enf01, Enf02 e assim sucessivamente).

Após a constituição do dendrograma e do plano cartesiano, os dados foram submetidos à análise de conteúdo conduzida em três etapas metodológicas. A primeira, denominada pré-análise, envolveu a organização e leitura flutuante do material, permitindo a seleção dos conteúdos pertinentes. A segunda etapa, de exploração do material, consistiu na codificação e categorização dos dados com base nas classes geradas pelo software IRAMUTEQ, previamente definidas pelos pesquisadores. Por fim, a terceira etapa, de tratamento dos resultados e interpretação, possibilitou a sistematização das informações mais relevantes à luz dos objetivos da pesquisa⁽¹⁰⁾.

Todos os procedimentos metodológicos seguiram os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o parecer nº

6.497.882/2023, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 62123822.2.0000.0154.

Resultados

As oito participantes eram todas mulheres, tinham entre 29 e 48 anos (média de 36), com cinco a nove anos de formação e experiência na Estratégia Saúde da Família (5), e a maioria, (6) tinha especialização, embora não específica na saúde da pessoa idosa.

Na análise realizada por meio da Classificação Hierárquica Descendente, foi possível identificar um *corpus* formado por 08 textos e um total de 100 segmentos de texto (ST). Desses, 70 foram considerados aproveitáveis para fins analíticos, o que corresponde a um rendimento de 70%. A organização e leitura do *corpus* seguiram a formação de cinco classes distintas de sentido. Essas classes, que representam agrupamentos lexicais com similaridade de conteúdo, estão dispostas na Figura 1, por meio de um dendrograma, que ilustra visualmente as relações entre os agrupamentos, destacando aproximações e distanciamentos nos discursos analisados.

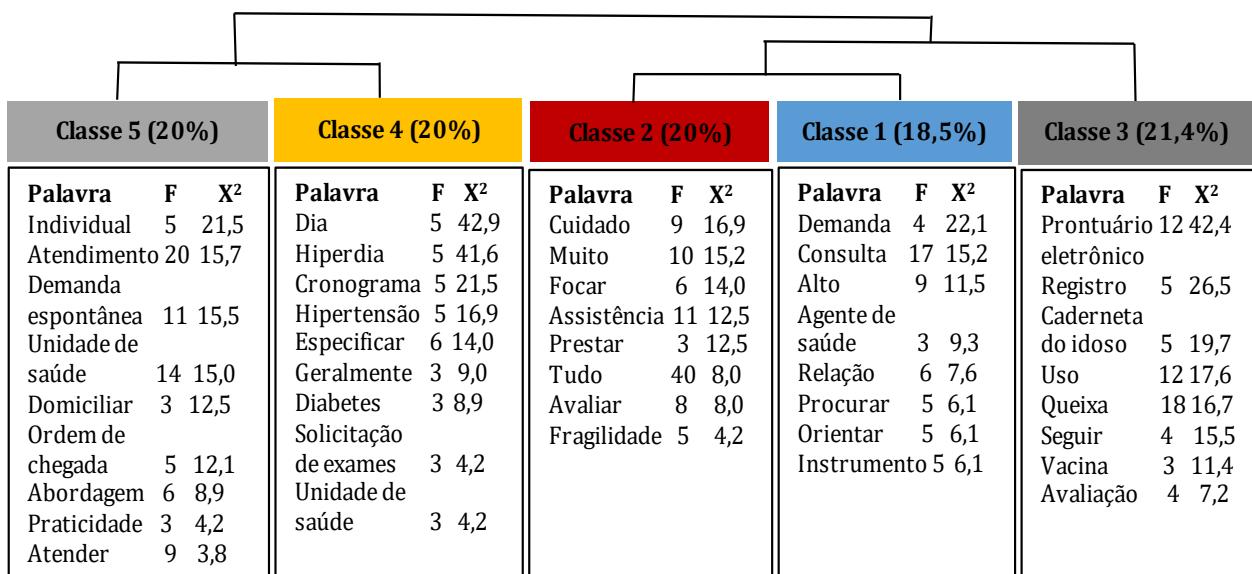


Figura 1 – Classificação Hierárquica Descendente sobre os elementos estruturais da consulta de enfermagem de Enfermeiros das UBS. Cuité, PB, Brasil, 2024

A partir do estudo do dendrograma foi possível visualizar que o *corpus* textual possibilitou uma estrutura de classes organizada em dois segmentos principais. O primeiro segmento inclui as Classes 5 e 4, denominadas “Caracterização da abordagem à pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde” (14 ST; 20%) e “O cuidado à pessoa idosa na perspectiva do modelo biomédico” (14 ST; 20%), respectivamente. No segundo segmento verifica-se de modo articulado a Classe 2, intitulada “O olhar da enfermagem diante da fragilidade da pessoa idosa” (14 ST; 20%) e a Classe 1 “Fluxo organizacional da consulta de enfermagem gerontogeriátrica” (13ST; 18,5%), em um menor nível hierárquico. Ainda neste segundo segmento, de forma isolada, encontra-se a Classe 3, no nível hierárquico

mais elevado, denominada “Métodos de registro e avaliação utilizados durante a consulta” (15ST, 21,4%).

Por conseguinte, a Figura 2 representa o plano cartesiano da análise factorial de correspondência, ratificando a proximidade e associação das unidades de contexto entre as Classes 5 e 4, evidenciado principalmente pelas palavras *individuais, demanda espontânea, atendimento, hiperdia, dia e cronograma*, no centro dos quadrantes superior e inferior esquerdo; a articulação entre as Classes 2 e 3, demonstrada na distribuição de palavras como *demandar, consulta, cuidado, focar e assistência* sobretudo no quadrantes inferior direito; e a Classe 5 praticamente isolada no quadrante superior direito estruturada por palavras como *prontuário eletrônico, caderneta do idoso, registro, queixa e acesso*.

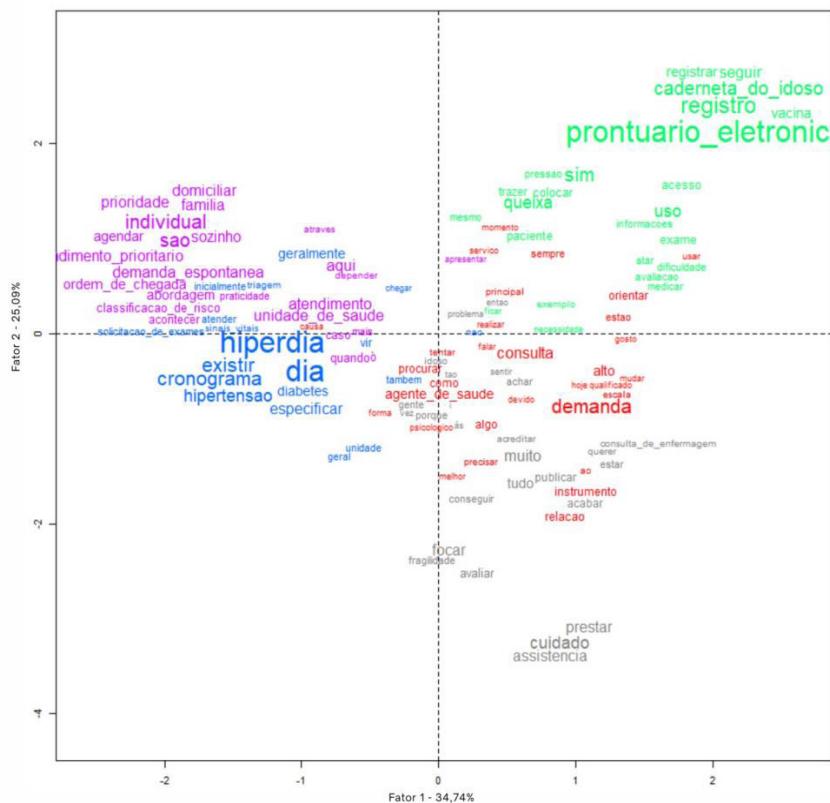


Figura 2 – Plano cartesiano da Análise Fatorial de Correspondência sobre os elementos estruturais da consulta de enfermagem gerontogeriátrica de Enfermeiros das UBS. Cuité, PB, Brasil, 2024

Diante dos resultados obtidos, foi possível construir, com base nas classes originadas e palavras classificadas hierarquicamente, duas categorias temáticas para análise do conteúdo, quais sejam: Categoria I: A consulta de enfermagem à pessoa idosa focada no cuidado à doença, em que foram incluídas as Classes 4 e 5; e a Categoria II: O *déficit* da atenção multidimensional à pessoa idosa: da acolhida ao cuidado longitudinal, incluindo as Classes 1, 2 e 3.

Categoria I – A consulta de enfermagem à pessoa idosa focada no cuidado à doença

Quando questionados sobre a operacionalização da consulta de enfermagem Gerontogeriatrística, percebeu-se na fala dos profissionais que, mesmo diante de informações envolvendo a necessidade do cuidado integral, ainda existe um forte *déficit* na implementação desta ferramenta, como destacado nos fragmentos a seguir: *Acho que a gente às vezes está tão focado na doença, que já pergunta inicialmente quais as queixas, o que está sentindo. Isso é o que direciona a consulta, as queixas principais ... Infelizmente hoje em dia na atenção primária a gente tem tratado mais a doença do que fazendo prevenção de doenças e promoção da saúde em si* (Enf. 01). *Faço o acolhimento, dependendo da queixa do paciente. Tento conversar muito para avaliar as condições de saúde. Não cheguei a usar ainda essa parte de escalas* (Enf. 06).

Outro ponto relevante, mencionado pelos participantes, está relacionado ao modelo Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP) e ao sistema de Classificação Internacional da Atenção Primária que norteia a condução da consulta de enfermagem gerontogeriatrística na APS, em que as entrevistadas referem utilizar esse padrão instituído a partir do prontuário eletrônico do cidadão na plataforma do E-SUS: *Aqui na consulta de enfermagem a gente segue o padrão do prontuário eletrônico e segue a queixa do paciente. Se ele vem querendo exames, a gente escuta a queixa e realiza a consulta ...* (Enf. 02). *Uso o prontuário eletrônico, a partir do método SOAP. Acho necessário registrar as queixas e a avaliação* (Enf. 03).

Evidenciou-se ainda a questão da abordagem

à pessoa idosa focada dentro do programa Hiperdia. Na perspectiva mais ampla pode ser considerada uma fragilidade, por limitar a assistência a pessoas idosas ao atendimento a doenças crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, como exposto nas narrativas: *Não existe um dia específico para atendimento ao idoso, mas gelmente é Hiperdia. Geralmente os que têm alguma comorbidade: diabetes e hipertensão, por exemplo* (Enf. 6). *Geralmente e quando vem é para o Hiperdia... Não tem nada voltado exclusivamente para esse público* (Enf. 7).

Categoria II – O *déficit* da atenção multidimensional à pessoa idosa: da acolhida ao cuidado longitudinal

A partir da análise das entrevistas realizadas foi possível constatar que na maioria dos serviços a avaliação multidimensional não é implementada, sendo apontada como uma fragilidade na assistência, como observado nas falas: *Infelizmente não consigo fazer o uso de escalas por conta da demanda alta aqui na unidade de saúde. Dependendo da queixa, a gente não faz a consulta completa* (Enf. 5). *Não uso instrumentos, como a escalas, devido a demanda alta. Uso o prontuário eletrônico para registro e sigo a ordem que ele orienta. ... Não fazer o uso desses instrumentos que estão disponíveis acaba prejudicando a qualidade desse atendimento, que poderia ser muito mais robusto caso a gente usasse* (Enf. 8). *Sim, se eu aplicasse as escalas e utilizasse protocolos a consulta seria mais qualificada* (Enf. 3).

Outro elemento frequentemente relatado durante as entrevistas relaciona-se ao *déficit* no conhecimento teórico quanto ao uso de instrumentos durante a execução do atendimento clínico, como pode ser evidenciado nos segmentos de texto a seguir: *Eu acho que a falta de capacitação, quando a gente vem pra unidade tudo é novo. Quando me formei era de um jeito, agora mudou, vão chegando novos protocolos e a gente acaba não conseguindo ter acesso, devido à demanda alta de serviços acumulados* (Enf. 5). *Eu acho que uma das possibilidades de melhoria seria cursos de qualificação para que a gente possa prestar melhor assistência às demandas desse público* (Enf. 8). *A caderneta do idoso a gente não trabalha porque não sabe conduzir* (Enf. 7).

Discussão

No que diz respeito à assistência ofertada a saúde da pessoa idosa, diversos estudos preconizam a necessidade de uma atenção integral de modo que sejam compreendidas múltiplas dimensões — clínicas, psicoemocionais, familiares, sociais e espirituais — que influenciam diretamente o processo saúde-doença. Nesse sentido, se faz necessário que seja reforçado cada vez mais que práticas assistenciais perpassem o âmbito do atendimento clínico, baseado ainda no biomédico tradicional⁽¹¹⁾. Neste cenário, a consulta de enfermagem gerontogeriátrica se apresenta como uma ferramenta estratégica para operacionalizar o cuidado integral. No entanto, sua efetividade está condicionada à existência de um planejamento estruturado, embasado em diretrizes técnicas e sustentado por uma atuação sistematizada do enfermeiro⁽⁷⁾.

O presente estudo evidenciou que, na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde (APS), ainda prevalece uma lógica centrada na queixa clínica, com foco predominante nos aspectos biomédicos. Esse achado corrobora com pesquisas anteriores que apontam para a negligência de fatores subjetivos e psicossociais da pessoa idosa, os quais são fundamentais para uma avaliação abrangente⁽¹²⁾. A centralidade da doença, portanto, continua sendo uma barreira para a implementação efetiva da atenção multidimensional.

Foi possível constatar, diante da fala das enfermeiras, algumas fragilidades no que se refere à aplicabilidade prática das dimensões citadas, uma vez que apenas a dimensão clínica vem sendo abordada durante a realização das consultas, sendo esta especificamente focada na queixa relatada. Uma realidade também encontrada em vasta revisão da literatura científica revelou a negligência na avaliação do grau de fragilidade e na avaliação multidimensional da pessoa idosa, além da incipiente de ações para o envelhecimento ativo e saudável⁽¹³⁾.

Desse modo, têm-se observado desde barreiras de acesso ao serviço de saúde até dificuldades na continuidade do cuidado, além da falta de recursos e suporte adequados para um acompanhamento eficaz⁽¹⁴⁾.

É importante destacar que a pessoa idosa que procura atendimento na UBS não deve ser vista apenas pela doença que apresenta, mas considerada em sua integralidade, com atenção às suas necessidades físicas, emocionais e sociais por meio de uma abordagem multidimensional⁽¹⁵⁾.

O contexto que cerca essa doença deve ser levado em consideração, visto que pode integrar ou determinar parte do problema relatado. Autores ainda relatam que a tecnificação ou ambulatização da prática clínica vem sendo uma questão amplamente discutida, sobretudo porque em algumas realidades assistenciais a humanização do cuidado vem sendo deficiente, o que acaba por excluir aspectos associados aos seus anseios, desejos e experiências, o que pode, talvez, justificar a realidade encontrada⁽¹⁵⁾.

Outro ponto importante destacado pelos participantes diz respeito ao modelo SOAP e ao sistema de Classificação Internacional da Atenção Primária), utilizados como referência na consulta de enfermagem gerontogeriátrica na APS, permitindo o direcionamento do processo de enfermagem⁽¹⁶⁾. No entanto, esses instrumentos são focados na análise clínica da doença, deixando de lado a abordagem ampla e multidimensional necessária para a avaliação geriátrica.

O método de classificação utilizado no prontuário eletrônico do cidadão permite compreender questões associadas ao adoecimento da pessoa que procura atendimento, possibilitando classificar o motivo real da consulta e não o provável diagnóstico. Classifica pessoas e não doenças, gerando um modelo sistematizado, no caso o SOAP, que busca avaliar desde aspectos subjetivos da consulta, ou seja, o motivo da busca pelo serviço até a parte do objetivo, que trata dos achados do exame físico e de exames complementares. O modelo permite que o profissional descreva uma avaliação acerca da situação clínica e dos achados gerais durante a consulta e por fim elabore um plano de cuidados estabelecidos ao paciente após a realização do atendimento⁽¹⁷⁾.

Diante disso, é possível inferir que o cuidado a cada público é individual e deve abranger suas particularidades, uma vez que o contexto envolvendo

o processo saúde-doença é singular. Logo, o cuidado ofertado à pessoa idosa, quando realizado de forma generalizada e com ênfase apenas nas queixas apresentadas, como se pôde observar nas falas das entrevistadas, gera um *déficit* na oferta de uma atenção qualificada, configurando-se como uma fragilidade no atendimento. Isso ocorre porque os aspectos subjetivos de cada indivíduo deixam de ser observados e, consequentemente, abordados de forma adequada pelo profissional⁽¹⁸⁾.

Em contraponto, uma potencialidade possível de ser apontada por meio das falas está associada ao uso prontuário eletrônico como método de direcionamento e registro das consultas, uma vez que o uso da Classificação Internacional da Atenção Primária por meio do modelo SOAP permite que o enfermeiro possa nortear a assistência de modo mais prático e possibilita o registro das condições gerais de saúde da pessoa idosa em sistema de informação. Nesse sentido, o prontuário eletrônico do cidadão sendo utilizado em associação a uma avaliação multidimensional da pessoa idosa pode proporcionar mais robustez ao atendimento e, consequentemente, uma visão integral acerca dos aspectos envolvidos no processo saúde-doença⁽¹⁹⁾.

Outro fator crítico identificado foi a inexistência de um planejamento específico para a realização da consulta gerontogeriátrica nas Unidades Básicas de Saúde investigadas. O atendimento ocorre de forma conjunta com as consultas para doenças crônicas, perpetuando o modelo clínico-mecanicista. Essa prática contraria os princípios do Estatuto da Pessoa Idosa, que preconiza o atendimento especializado e individualizado para essa população⁽²⁰⁾.

Ademais atendimento à pessoa idosa que convive com morbidades deve ser diferenciado, uma vez que, além das demandas comuns de saúde, esses ainda necessitam de cuidados redobrados, que variam desde o uso de medicações, assim como taxas de exames e aspectos associados à qualidade de vida, a exemplo da alimentação e atividade física, visando prevenir agravos e descompensações clínicas⁽²¹⁾.

Especificamente na atenção à população idosa,

cabe ao enfermeiro realizar uma abordagem multidimensional, voltada às singularidades do processo de envelhecimento. A atenção multidimensional é considerada uma tecnologia assistencial prioritária, pois permite a identificação precoce de condições que comprometem a autonomia e independência da pessoa idosa. No entanto, sua implementação permanece como desafio na prática clínica, seja por questões técnicas e operacionais que reduzem sua aplicabilidade no cotidiano dos serviços por parte dos enfermeiros, seja por limitados investimentos políticos no âmbito da gerontogeriatria, uma vez que a população idosa permanece não sendo vista como prioridade nas ações desenvolvidas na atenção primária à saúde⁽²²⁾.

A lacuna identificada na implementação da avaliação multidimensional da pessoa idosa tem implicações diretas para políticas públicas, uma vez que reforça a necessidade de investimentos estruturais na atenção à saúde da população envelhecente. O Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa já apontam a obrigatoriedade de ações individualizadas, desse modo existe a clara necessidade de fortalecimento de políticas de incentivo à utilização de protocolos padronizados, bem como a inclusão de indicadores mais específicos de qualidade do cuidado geriátrico nas avaliações de desempenho das equipes de saúde⁽²²⁾.

Conforme apontado pelas participantes do presente estudo, muitas profissionais relataram não utilizar instrumentos específicos de avaliação geriátrica, seja pela sobrecarga de trabalho, seja pelo *déficit* de habilidades técnicas para conduzir essa prática. De modo semelhante, também foi possível observar a não implementação sistemática das etapas do Processo de enfermagem, revelando fragilidades na estruturação da assistência prestada. Tais limitações muitas vezes decorrem da ausência de uma sistemática de cuidado e de uma teoria norteadora que subsidie as ações de enfermagem⁽²³⁾.

A utilização dos instrumentos de avaliação geriátrica tem como objetivo sistematizar a coleta de dados clínicos, funcionais, sociais, cognitivos, afetivos, nutricionais, de marcha e de equilíbrio. A adoção

dessas ferramentas no contexto da consulta de enfermagem possibilita um atendimento mais resolutivo e personalizado, permitindo que as reais demandas do idoso sejam reconhecidas e manejadas de forma efetiva⁽²⁴⁾.

Entretanto, pesquisas indicam que muitos profissionais ainda percebem uma relação custo-benefício desfavorável em relação ao uso desses instrumentos. Dentro os motivos mais frequentes, destacam-se o tempo reduzido para realização da consulta e a percepção de que sua aplicação pode tornar o atendimento mais lento, afetando a rotina do serviço⁽²⁵⁾. Apesar disso, os instrumentos são, em sua maioria, de fácil aplicação, além de contribuírem para a qualificação do cuidado e para a melhoria dos indicadores de saúde da população idosa⁽²⁶⁾.

Outro desafio observado é a tendência à priorização de aspectos físicos, como mobilidade e doenças crônicas, em detrimento de domínios igualmente relevantes, como saúde mental, suporte social e cognição. Essa visão reducionista compromete a elaboração de planos de cuidado eficazes e personalizados, além de dificultar intervenções holísticas e preventivas, especialmente quando não há recursos adequados para avaliações mais abrangentes⁽²⁷⁾.

Esse cenário evidencia o impacto negativo do *déficit* de competências e habilidades para o uso adequado dos instrumentos durante o atendimento. Muitos enfermeiros se sentem inseguros quanto à aplicabilidade técnica dessas ferramentas, o que pode levar ao uso ineficiente ou mesmo incorreto dos instrumentos disponíveis⁽²⁷⁾. Soma-se a isso a carência de conhecimentos teóricos aprofundados, que contribui para a dependência de rotinas genéricas e compromete a personalização do cuidado, aspecto essencial no acompanhamento à pessoa idosa⁽²⁸⁾.

Para garantir um cuidado centrado na pessoa e com excelência, é essencial que os enfermeiros desenvolvam uma compreensão crítica de suas competências, reconhecendo seu papel fundamental na promoção do bem-estar da pessoa idosa⁽²⁴⁾. Além disso, devem analisar continuamente o contexto em

que atuam, identificando oportunidades para implementar estratégias centradas nas necessidades, preferências e valores individuais dos pacientes, de modo a fortalecer a qualidade da assistência prestada⁽²⁸⁾. Uma coordenação mais assertiva poderá não apenas melhorar a qualidade da consulta voltada à população idosa, mas também fortalecer vínculos e viabilizar diferentes modalidades de cuidado multidimensional⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Além das melhorias estruturais e de capacitação, é fundamental incorporar propostas inovadoras. O teleatendimento pode ser uma estratégia complementar para monitorar pessoas idosas com limitações de mobilidade ou que residem em áreas rurais. Da mesma forma, o uso de ferramentas digitais para avaliação geriátrica, como aplicativos integrados ao prontuário eletrônico do cidadão, poderia facilitar a aplicação de escalas multidimensionais, automatizar registros e gerar alertas para condições de risco. Tais recursos otimizam tempo, ampliam a precisão diagnóstica e contribuem para a personalização do cuidado⁽²⁹⁾.

Adicionalmente, a implementação de protocolos transdisciplinares digitais, que integrem informações de vários profissionais de saúde que realizam atendimento, pode favorecer uma visão compartilhada da saúde da pessoa idosa, fortalecendo a coordenação e longitudinalidade do cuidado. Outro caminho promissor é a utilização da inteligência artificial para estratificação de risco, identificando precocemente fragilidades e auxiliando os profissionais na tomada de decisão clínica⁽³⁰⁾.

Limitações do estudo

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o recorte territorial restrito a um único município de pequeno porte, o que pode limitar a generalização dos achados para outras realidades com diferentes características sociodemográficas ou estruturais. Outro ponto a considerar é o viés de resposta, uma vez que os dados foram coletados por meio de entrevistas, o

que pode ter levado os participantes a omitir fragilidades ou reforçar práticas esperadas institucionalmente.

Além disso, não houve triangulação de dados (como observação direta ou análise documental), o que poderia ter enriquecido a compreensão do fenômeno investigado e conferido maior validade aos resultados. Essa ausência pode limitar a profundidade interpretativa, restringindo a análise às percepções autorreferidas pelos participantes.

Apesar dessas limitações, o estudo oferece subsídios importantes para compreender a realidade da consulta de enfermagem gerontogeriátrica na atenção básica, contribuindo para reflexões e melhorias na prática profissional.

Contribuições para a prática

Entre as ações práticas que podem ser desencadeadas a partir dos achados, destacam-se: a implantação de protocolos de avaliação multidimensional da pessoa idosa, a utilização sistemática da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como instrumento de acompanhamento, a promoção de cursos de educação permanente em saúde voltados ao desenvolvimento de competências gerontológicas, e a ampliação da integração transdisciplinar, favorecendo uma abordagem compartilhada e resolutiva. Além disso, os resultados reforçam a importância do uso efetivo do Processo de Enfermagem como ferramenta estruturante do cuidado, permitindo maior padronização e qualidade na assistência. Essas estratégias podem qualificar o acompanhamento longitudinal, fortalecer a capacidade clínica do enfermeiro e ampliar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde.

Conclusão

Evidenciou-se predominância do modelo biomédico na condução das consultas, centradas nas queixas principais e nos agravos crônicos, em detrimento da abordagem integral. Houve baixa utilização de instrumentos de avaliação multidimensional, ausência de planejamento específico para idosos e carênc-

cia de capacitação. Como potencialidade, destacou-se o uso do prontuário eletrônico, favorecendo o registro sistematizado e a humanização da assistência.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Concordância em ser responsável pela precisão e integridade de qualquer parte do manuscrito: Menezes VV. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada: Costa PA, Silva ATH, Oliveira CBS, Barbosa MPR. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Silva BJQ. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Concordância em ser responsável pela precisão e integridade de qualquer parte do manuscrito: Nogueira MF.

Referências

1. Lima SGS, Spagnuolo RS, Juliani CMCM, Colichi RMB. Nursing consultation in the Family Health Strategy and the nurse's perception: Grounded Theory. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(4):e20201105. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1105>
2. Alvarenga JPO, Sousa MF. Work and practices of nursing in Primary Health Care in the state of Paraíba - Brazil: professional profile and care practices in the care dimension. *Saúde Debate.* 2022;46(135):1077-91. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022135091>
3. Oliveira APC, Ventura CAA, Silva FV, Angotti Neto H, Mendes IAC, Souza KV, et al. State of Nursing in Brazil. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2020;28:e3404. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3404>
4. Ministério da Saúde (BR). 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 organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2017 [cited Jul 8, 2025].

Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

5. Dias LT, Silva PLN, Câmara JLC, Costa AA, Santos CLS, Rabelo JJDA, et al. Protagonism of the nursing team in the care of elderly people assisted by primary health care: integrative review. *Braz J Implantol Health Sci.* 2025;7(2):2566-88. doi: <https://dx.doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p2566-2588>
6. Polizio MA, Marçal L. Demência e envelhecimento no Brasil: revisão narrativa sobre desafios sociais e de saúde pública. *Psicol Saúde Debate.* 2025;11(1):440-56. doi: <https://dx.doi.org/10.22289/2446-922X.V11A1A27>
7. Fonseca C, Pinho LG, Lopes MJ, Marques MC, Garcia-Alonso J. The elderly nursing core set and the cognition of Portuguese older adults: a cross-sectional study. *Bio Med Central Nurs.* 2021; 20(1):108. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00623-1>
8. Henrichs K, Crownover J, McNair B, Centi S. Influencing nursing student attitudes toward older adults: a pre/post interventional study. *Contemp Nurse.* 2022;58(4):377-84. doi: <https://doi.org/10.1080/10376178.2022.2112403>
9. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Dias MD. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa idosa na atenção primária: desafios e perspectivas. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020;23(5):e200097. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200097>
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
11. Oliveira NLN, Matos AHC. Saúde do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Contemp.* 2023;3(6):6708-26. doi: <https://doi.org/10.56083/RCV3N6-108>
12. Aguiar RS, Silva HS. Quality of health care for the elderly in primary care: an integrative review. *Enferm Glob.* 2022;21(1):545-89. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.444591>
13. Dableh S, Frazer K, Stokes D, Kroll T. Access of older people to primary health care in low and middle-income countries: a systematic scoping review. *PLoS One.* 2024;19(4):e0298973. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298973>
14. Veronese N, Custodero C, Cella A, Demurtas J, Zora S, Maggi S, et al. Prevalence of multidimensional frailty and pre-frailty in older people in different settings: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2021;72(4):101498. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101498>
15. Reyes-Téllez A, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Martínez-García E, García-García I. Humanization of nursing care: a systematic review. *Front Med (Lausanne).* 2024;11:1446701. doi: <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
16. Barbalho IMP, Fernandes F, Barros DMS, Paiva JC, Henriques J, Moraes AHF, et al. Electronic health records in Brazil: prospects and technological challenges. *Front Public Health.* 2022;10:963841. doi: [http://doi.org/10.3389/fpubh.2022.963841](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.963841)
17. Kumar R. The curious case of extinction of family physicians from the Indian Health System – An open letter to the members of the National Medical Commission: Draft competencybased medical education curriculum regulations 2023 – Complete exclusion of family physicians/family medicine education from the MBBS course curriculum. *J Family Med Prim Care.* 2023;12(8):1477-84. doi: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1323_23
18. Marmo FAD, Gama ZAS, Tavares DMS. Development and validation of process indicators of the quality of nursing care for the elderly. *ABCS Health Sci.* 2021;46:e021209. doi: <https://doi.org/10.7322/abchs.2019149.1415>
19. Ferreira JBB, Santos LL, Ribeiro LC, Fracon BRR, Wong S. Vulnerability and primary health care: an integrative literature review. *J Prim Care Community Health.* 2021;12:21501327211049705. doi: <https://doi.org/10.1177/21501327211049705>
20. Roque AC, Rodrigues BP, Gonçalves IR. The elder and humanization: literature review. *Saúde Coletiva (Barueri).* 2021;11(60):4748-61. doi: <https://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i60p4748-4761>
21. Zulu BM, Plessis E, Koen MP. Experiences of nursing students regarding clinical placement and support in primary healthcare clinics: strengthening resilience. *Health SA.* 2021;26:1615. doi: <https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1615>

22. Martins BC, Ramos LB, Roriz AKC, Silva HS. Health multidimensional evaluation of institutionalized older adults according to cognitive performance. *Dement Neuropsychol.* 2025;19:e20240133. doi: <http://doi.org/10.1590/1980-5764DN20240133>
23. Oliveira PRC, Rodrigues VES, Oliveira AKL, Oliveira FGL, Rocha GA, Machado ALG. Factors associated with frailty in elderly people treated in Primary Health Care. *Esc Anna Nery.* 2021; 25(4):e20200355. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465EAN20200355>
24. Leandro LA, Gomes LMR, Chevônica JP. Avaliação multidimensional da fragilidade em idosos hospitalizados. *Pan-Am J Aging Res.* 2020;8(1):e37479. doi: <https://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2020.1.37479>
25. Nogueira CM, Morais KU, Siqueira ALF, Martins LJP, Lima JC, Pinto JM, et al. Políticas públicas e avaliação multidimensional da pessoa idosa na atenção básica. *Cad Educ Saúde Fis.* 2020;6(12):113-22. doi: <http://doi.org/10.18310/2358-8306.v6n12.a10>
26. Siqueira FM, Delgado CE, Carbogim FC, Castro EAB, Santos RC, Cavalcante RB. Multidimensional geriatric assessment in primary care: a scoping review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2023;26(12): e230051. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562023026.230051.en>
27. Petermann XB, Kocourek S, Oliveira JL. O trabalho das equipes de atenção primária em saúde junto a pessoa idosa. *Oikos: Fam Soc Debate.* 2025;36(1):1-18. doi: <https://doi.org/10.31423/oikos.v36i1.21171>
28. Sillner AY, Madrigal C, Behrens L. Person-centered gerontological nursing: an overview across care settings. *Rev Enferm Gerontol.* 2021;47(2):7-12. doi: <https://dx.doi.org/10.3928/00989134-20210107-02>
29. Ilali M, Le Berre M, Vedel I, Khanassov V. Telemedicine in the primary care of older adults: a systematic mixed studies review. *BMC Prim Care.* 2023;24(1):152. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12875-023-02085-1>
30. Liu X, Hu P, Yeung W, Zhang Z, Ho V, Liu C, et al. Illness severity assessment of older adults in critical illness using machine learning (ELDER-ICU): an international multicentre study with subgroup bias evaluation. *Lancet Digit Health.* 2023;5(10):e657-e667. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00128-0](https://dx.doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00128-0)



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons