Revista de APS
ISSN: 1809-8363 (*on-line*)

Artigo de Revisão

Aplicação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa

Application of Multidimensional Geriatric Assessment in Brazilian Primary Health Care: an integrative review

Alisson Oliveira dos Santos, Isabelle Rotta Gonçalves, Tamara Cristina Moreira Lopes

Autoria

Metadados

RESUMO

Introdução: O rápido envelhecimento populacional brasileiro, marcado por uma complexa transição epidemiológica, exige da Atenção Primária à Saúde um modelo de cuidado integral que supere a abordagem fragmentada focada em doenças. Embora a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa seja recomendada para identificar vulnerabilidades e preservar a funcionalidade, sua aplicação rotineira enfrenta barreiras operacionais, como a alta demanda e o tempo limitado das consultas. Diante desse problema, o presente estudo tem como objetivo sintetizar e discutir criticamente as evidências científicas sobre a aplicação, os achados e as metodologias dessa avaliação no contexto da atenção básica no Brasil. **Métodos:** Trata-se, portanto, de uma revisão integrativa da literatura científica. O levantamento de dados ocorreu por meio de busca estruturada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Google Acadêmico, resultando na seleção e análise qualitativa de seis artigos. **Resultados e discussão:** Os resultados revelam notável heterogeneidade nos instrumentos utilizados, para aferir as dimensões de saúde. Apesar disso, a avaliação demonstra eficácia inequívoca ao revelar uma significativa morbidade oculta, identificando altas prevalências de dependência e riscos não detectados na rotina clínica convencional. **Conclusão:** Como antecipação de solução para as barreiras de implementação, o artigo propõe um modelo de cuidado escalonado em duas etapas, combinando o rastreio universal por instrumentos rápidos com a avaliação aprofundada direcionada aos idosos de maior risco.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação Geriátrica. Saúde do Idoso. Idoso Fragilizado. Assistência Integral à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The rapid population aging in Brazil, marked by a complex epidemiological transition, requires Primary Health Care to adopt a comprehensive care model that overcomes the fragmented disease-focused approach. Although the Multidimensional Assessment of Older Adults is recommended to identify vulnerabilities and preserve functionality, its routine application faces operational barriers, such as high demand and limited consultation time. Given this problem, the present study aims to synthesize and critically discuss scientific evidence on the application, findings, and methodologies of this assessment within the Brazilian primary care context. **Methods:** This is an integrative review of the scientific literature. Data collection occurred through a structured search in the PubMed, SciELO, LILACS, and Google Scholar databases, resulting in the selection and qualitative analysis of six articles. **Results and Discussion:** The results reveal notable heterogeneity in the instruments used to assess health dimensions. Despite this, the assessment unequivocally demonstrates its efficacy by revealing a significant hidden morbidity, identifying high prevalences of dependence and risks undetected in conventional clinical routines. **Conclusion:** Anticipating a solution to implementation barriers, the article proposes a two-step stepped care model, combining universal screening through rapid instruments with an in-depth assessment targeted at higher-risk older adults.

KEYWORDS: Geriatric Assessment. Health of the Elderly. Frail Elderly. Comprehensive Health Care. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia um processo de transição demográfica acelerado, caracterizado por uma alteração em sua pirâmide etária. Dados do Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam que a população com 60 anos ou mais atingiu 32,1 milhões de pessoas, o equivalente a 15,8% da população total. Esse contingente cresceu 57,4% em apenas 12 anos. Em contrapartida, a proporção de crianças com até 14 anos de idade decresceu de 38,2% em 1980 para 19,8% em 2022 [1]. Esse envelhecimento populacional ocorre em um contexto de acentuada desigualdade social, impondo desafios ao sistema de saúde.

Concomitantemente, o país atravessa uma complexa transição epidemiológica, marcada pela mudança no perfil de morbimortalidade, com a substituição de doenças infecciosas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como principais causas de morte e incapacidade [2]. No entanto, o modelo brasileiro é caracterizado como uma transição "prolongada e polarizada", na qual a predominância das DCNT coexiste com a persistência de doenças infecciosas e causas externas, criando um fenômeno conhecido como tripla carga de doenças, que impacta desproporcionalmente a população idosa [3]. Esse cenário complexo, em que múltiplas condições crônicas se sobrepõem, exige uma abordagem de cuidado que transcenda o modelo biomédico tradicional, focado apenas em doenças.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como a porta de entrada preferencial e o centro ordenador da Rede de Atenção à Saúde. Seus atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) fazem da APS o lócus ideal para o manejo das complexas necessidades de saúde da população idosa [4].

Essa função estratégica está em plena consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cujo objetivo central é a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a manutenção da capacidade funcional e a garantia da autonomia. A PNSPI preconiza um modelo de atenção integral, no qual a APS é responsável por gerenciar o cuidado, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, superando a lógica fragmentada e reativa centrada apenas na doença [5].

Para operacionalizar o cuidado integral estabelecido pela PNSPI, destaca-se o paradigma da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI). A AMPI é um processo diagnóstico estruturado e interdisciplinar que avalia as múltiplas dimensões da saúde do idoso (clínica, psicossocial e funcional), com o objetivo de identificar vulnerabilidades e potencialidades para, a partir delas, elaborar um plano de cuidado coordenado e integrado [6].

Diferentemente do exame clínico convencional, a AMPI desloca o foco da doença para a

funcionalidade, reconhecendo que a capacidade de realizar atividades de vida diária é um dos principais indicadores de saúde e bem-estar durante o envelhecimento. A avaliação abrange domínios frequentemente negligenciados, como aspectos cognitivos, humor, mobilidade, comunicação, suporte social, risco de quedas e estado nutricional, oferecendo uma visão holística do indivíduo em seu contexto de vida [6].

Apesar do arcabouço demográfico e político que justifica a implementação da AMPI na APS, sua aplicação sistemática na rotina dos serviços de saúde ainda enfrenta barreiras, como a elevada demanda, o tempo de consulta limitado e a necessidade de capacitação profissional [7]. Existe, assim, um hiato entre a recomendação política de um cuidado abrangente e a prática clínica, muitas vezes restrita ao manejo de queixas agudas.

Diante desse contexto, o objetivo deste trabalho é sintetizar e discutir criticamente as evidências científicas sobre a aplicação, os achados e as metodologias da AMPI no contexto da APS no Brasil, com base em estudos selecionados.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida segundo as cinco etapas propostas por Whittemore e Knafl, que compreendem a identificação do problema, a busca na literatura, a avaliação dos dados, a análise dos dados e a apresentação dos resultados [8]. Esse desenho foi escolhido por permitir a integração de estudos com diferentes delineamentos, característica pertinente diante do corpo restrito e metodologicamente heterogêneo de evidências sobre a AMPI na APS brasileira.

A pergunta norteadora foi formulada nos seguintes termos: como a avaliação multidimensional da pessoa idosa vem sendo aplicada na APS no Brasil, quais domínios e instrumentos são empregados e quais achados decorrem dessa aplicação.

O relato do processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos seguiu, naquilo que se aplica às revisões integrativas, as recomendações do PRISMA 2020 [9]. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico. Os critérios de seleção dos artigos foram definidos previamente e estão descritos no Quadro 1.

A estratégia de busca detalhada para cada uma das bases de dados encontra-se no Apêndice 1. As buscas foram executadas em janeiro de 2026, sem restrição de idioma nem de data de publicação, uma vez que se buscou ampliar a recuperação da produção nacional disponível sobre o tema. Após a reunião dos registros, os artigos duplicados foram identificados e removidos. A triagem de títulos e resumos foi realizada por um avaliador. Nos casos considerados duvidosos, um segundo avaliador procedeu à análise, e as divergências foram

resolvidas por consenso, com registro dos motivos de exclusão.

Quadro 1 – Critérios de seleção dos estudos

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Artigos que abordam especificamente a avaliação multidimensional do idoso e suas definições correlatas (avaliação geriátrica ampla, avaliação global do idoso etc.);	Artigos que avaliam um domínio de dimensão específica da avaliação multidimensional ou doença específica;
Artigos que relatam a aplicação da avaliação multidimensional ampla;	Artigos que aplicam instrumentos distintos da AMPI, como IVC-20 e VES-13;
Artigos que conduzem a avaliação em contextos de atenção primária à saúde, incluindo atenção domiciliar;	Artigos em cenários de atenção secundária e hospitalar;
Artigos conduzidos no Brasil, independentemente do idioma de publicação ou do periódico em que foram publicados.	Estudos conduzidos fora do Brasil ou que incluam dados de outros países sem análise separada da população brasileira.

AMPI: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa; IVC-20: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20; VES-13: Vulnerable Elders Survey – 13, (Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável – 13)

Fonte: elaborado pelos autores

Os estudos incluídos foram organizados em uma matriz de extração contendo autoria, ano, título, cidade e estado de aplicação da AMPI, base de dados de origem, delineamento, população estudada, dimensões avaliadas e instrumentos utilizados em cada dimensão. A extração foi conferida por um segundo autor.

A qualidade metodológica dos estudos empíricos incluídos foi avaliada com o *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), versão 2018 [10], instrumento que permite apreciar, com critérios comuns, estudos de delineamentos diferentes. Cada estudo empírico elegível para apreciação pelo MMAT foi classificado em uma das cinco categorias do instrumento e avaliado quanto às duas questões de triagem e aos cinco critérios da categoria correspondente, com julgamento em "sim", "não" ou "não é possível responder". Conforme orientação dos autores do MMAT, não foi calculado escore global e nenhum estudo foi excluído com base nessa apreciação. Seus resultados foram utilizados para ponderar a confiança atribuída aos achados durante a síntese.

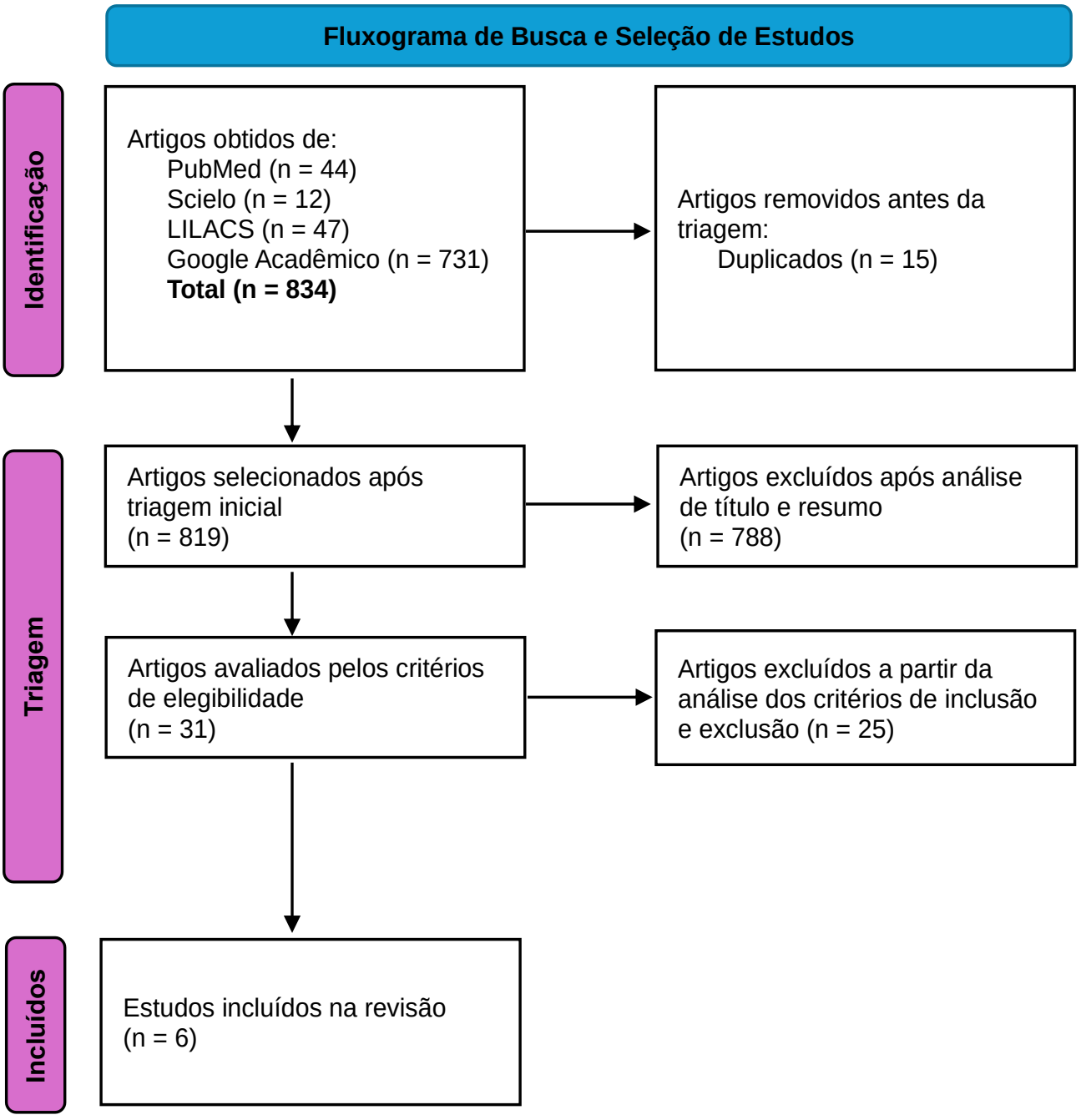
A síntese foi conduzida de forma narrativa e comparativa, com agrupamento dos achados em três eixos, a saber: a operacionalização da AMPI quanto a domínios e instrumentos; as evidências sobre a saúde da pessoa idosa; e as implicações para a organização do cuidado na APS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos selecionados

A busca inicial nas bases de dados obteve um total de 834 artigos. Após a remoção dos registros duplicados e a realização da triagem inicial, 31 estudos foram selecionados para leitura e avaliação na íntegra. Desses, seis estudos foram incluídos na revisão. O fluxograma da busca e seleção de artigos é apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de seleção de estudos para a revisão integrativa



Fonte: elaborada pelos autores

A análise do Quadro 2 revela um interesse contínuo no tema, com publicações que abrangem um período de quase duas décadas, de 2002 a 2021. A diversidade geográfica dos estudos, cobrindo as regiões Sudeste (São Paulo e Ouro Preto), Sul (Porto Alegre), Centro-Oeste (Itapoã) e Nordeste (Recife), sugere que os desafios e achados relacionados à AMPI na APS são de relevância nacional, transcendendo contextos locais específicos.

Quadro 2 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão

Autor (Ano)	Título	Cidade e Estado	Base de Dados
Saraiva *et al.* (2020) [11]	AMPI-AB validity and reliability: a multidimensional tool in resource-limited primary care settings	São Paulo, SP	PubMed
Predebon *et al.* (2021) [12]	Funcionalidade global e fatores associados em idosos acompanhados pela Atenção Domiciliar da Atenção Básica	Porto Alegre, RS	PubMed
Sirena (2002) [13]	Avaliação Multidimensional do Idoso: Uma Abordagem em Atenção Primária à Saúde	Porto Alegre, RS	Google Acadêmico
Pereira *et al.* (2016) [14]	A Avaliação Global da Pessoa Idosa como Instrumento de Educação Médica: Relato de Experiência	Ouro Preto, MG	Google Acadêmico
Montenegro *et al.* (2020) [15]	Avaliação geriátrica em um serviço da Atenção Primária à Saúde: riscos e propostas de intervenção	Itapoã, DF	Google Acadêmico
Mendonça *et al.* (2020) [16]	Capacidade funcional de idosos longevos: análise transversal baseada em um modelo de decisão	Recife, PE	LILACS

AMPI-AB: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica; LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)

Fonte: elaborado pelos autores

Abordagens da Avaliação Multidimensional na prática clínica da APS no Brasil

A análise aprofundada das metodologias empregadas nos estudos revela uma notável heterogeneidade na operacionalização da AMPI. Embora o conceito de avaliação

multidimensional seja consistente, os domínios priorizados e os instrumentos utilizados variam significativamente, como detalhado no Quadro 3.

O Quadro 3 evidencia que domínios como funcionalidade, cognição, humor e mobilidade são centrais na maioria das avaliações. Contudo, a escolha dos instrumentos para um mesmo domínio varia, como no caso da mobilidade, avaliada pelo *Timed Up and Go Test* (TUG) [12,15], pela Escala de Tinetti [14] ou pelo teste "*get up and go*" [13].

Quadro 3 – Dimensões e instrumentos de avaliação utilizados nos estudos selecionados

Estudo	Funcionalidade (AVD/AIVD)	Cognição	Humor	Mobilidade / Quedas	Nutrição	Visão / Audição	Suporte Social
Saraiva (2020) [11]	Katz / Lawton	10-*Point Cognitive Screener*	GDS-4	Teste de Velocidade Habitual de Marcha	IMC / Diâmetro de Panturrilha	Snellen / Teste do Sussurro	Questionário próprio
Predebon (2021) [12]	Barthel / Lawton & Brody	MEEM	GDS-15	TUG	-	-	-
Sirena (2002) [13]	Questionário próprio	Teste de memória (3 palavras)	GDS	Teste "*get up and go*"	IMC	Jaeger / Teste do Sussurro	Questionário próprio
Pereira (2016) [14]	Katz	MEEM / Teste do Relógio	GDS-15	Escala de Tinetti	IMC	Snellen / Teste do Sussurro	-
Montenegro (2020) [15]	Katz	MEEM	GDS	TUG	MAN	-	-
Mendonça (2020) [16]	Barthel	MEEM	GDS-15	-	MAN	-	Escala de Lubben

AMPI-AB: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica; AVD: Atividades de Vida Diária; AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária; MEEM: Miniexame do Estado Mental; GDS: Escala de Depressão Geriátrica; TUG: Timed Up and Go Test; MAN: Miniavaliação Nutricional; IMC: Índice de Massa Corporal

Fonte: elaborado pelos autores

Essa variabilidade metodológica, embora permita adaptações locais, dificulta a comparação de resultados e a consolidação de um panorama nacional sobre a saúde do idoso. Nesse contexto, o estudo de Saraiva *et al*. (2020) sobre a validação do instrumento AMPI-AB (Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica), desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, ganha relevância [11]. A criação e a validação de uma ferramenta padronizada, breve (tempo médio de aplicação de 5 a 6 minutos) e confiável,

representam uma tentativa de superar a heterogeneidade e viabilizar a implementação da AMPI em larga escala no SUS, com potencial para promover uma linguagem comum para a avaliação, treinamento e a agregação de dados.

Essa heterogeneidade não é uma particularidade brasileira. Uma revisão sistemática de ensaios randomizados, conduzidos em outros países do mundo, sobre avaliação e manejo multidimensional na APS, que incluiu 31 artigos, identificou variação expressiva tanto na composição das equipes quanto nos instrumentos empregados em cada domínio, sem padrão compartilhado entre os estudos. Os autores concluíram que a harmonização dos domínios e dos instrumentos é condição para tornar esses modelos aplicáveis [17]. Panorama semelhante foi descrito em uma revisão de revisões sobre a AMPI em cenários não hospitalares, na qual os modelos variaram quanto ao profissional responsável, aos domínios cobertos e à frequência das avaliações [18]. Diretrizes nacionais recentes, como a italiana, elaborada com metodologia GRADE, por 25 sociedades científicas e pelo instituto nacional de saúde desse país, têm procurado responder a esse problema pela definição de domínios mínimos e de instrumentos preferenciais para cada cenário de cuidado [19]. A AMPI-AB antecipa esse movimento no contexto do SUS [11], embora seu desenvolvimento e sua validação tenham ocorrido apenas no município em que foi desenvolvido.

Qualidade metodológica dos estudos incluídos

A apreciação dos estudos empíricos pelo MMAT está sintetizada no Quadro 4. A predominância de delineamentos transversais, conduzidos em amostras de conveniência e em territórios específicos, é o principal fator a limitar a força das inferências apresentadas nas seções seguintes, razão pela qual os achados de prevalência são discutidos como indicativos da magnitude do problema em cada cenário, mas não permitem estimar sua frequência no país.

Evidências sobre a Saúde da Pessoa Idosa na APS: uma síntese dos achados

Um dos achados mais consistentes e importantes dos estudos é a capacidade da AMPI revelar uma significativa “morbidade oculta”, problemas de saúde relevantes que não são identificados na prática clínica rotineira. Sirena (2002) demonstrou que a aplicação de um instrumento estruturado (AMI) detectou prevalências estatisticamente superiores de problemas de visão (42,3% contra 14,7%), risco de quedas, incontinência urinária (30,9% contra 4,2%) e dependência funcional (11,1% contra 2,8%) quando comparado à revisão de prontuários médicos. Esse resultado sublinha o valor clínico da busca ativa por síndromes geriátricas [13].

Os demais estudos corroboram a alta prevalência de vulnerabilidades. Predebon *et al.* (2021) constataram que 46% dos idosos acompanhados pela atenção domiciliar na APS

possuíam dependência de grau moderado a total para atividades básicas e 49,2% apresentavam declínio cognitivo [12]. Ainda nessa direção, Pereira *et al*. (2016) relataram prevalência de quedas de 48,5% em Ouro Preto, Minas Gerais. O índice é superior à média nacional, o que – na visão dos autores – está associado às características geográficas da cidade, como ladeiras íngremes, ilustrando a interação entre saúde e ambiente [14].

Quadro 4 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos (MMAT, versão 2018)
(Continua)

Estudo	Categoria MMAT	Triagem (T1/T2) e critérios (C1–C5)	Síntese da apreciação
Saraiva *et al*. (2020) [11]	Quantitativo não randomizado (estudo de validação/coorte)	T1: S; T2: S; C1: S; C2: S; C3: S; C4: S; C5: S	Cinco de cinco critérios atendidos. Amostra consecutiva de UBS; medidas apropriadas (fenótipo de fragilidade como referência, curva ROC, desfechos objetivos); seguimento com apenas 2,2% de perdas, sem diferença de linha de base; análises ajustadas por sexo e escolaridade. Alta confiança metodológica.
Predebon *et al.* (2021) [12]	Quantitativo não randomizado (transversal analítico)	T1: S; T2: S; C1: S; C2: S; C3: S; C4: S; C5: S	Cinco de cinco critérios atendidos. Incluiu a totalidade da população idosa vinculada à Atenção Domiciliar dos três serviços do distrito; instrumentos validados; exclusões por elegibilidade, não por perda de desfecho; regressão de Poisson multivariada com ajuste de confundidores. Alta confiança, com a ressalva de ser um único distrito sanitário.
Sirena (2002) [13]	Quantitativo não randomizado (transversal analítico)	T1: S; T2: S; C1: N; C2: S; C3: S; C4: N; C5: S	Três dos cinco critérios atendidos. Falham C1, porque a amostragem por demanda espontânea com cota e o filtro de ≥3 consultas comprometem a representatividade, e C4, porque as amostras não equivalentes não tiveram confundidores ajustados (análise apenas bivariada); Objetivos claros, medidas padronizadas, perdas em torno de 5% e boa fidelidade de aplicação. Confiança moderada.
Pereira *et al*. (2016) [14]	Não contemplado pelo MMAT (relato de experiência)	Não se aplica	Relato de experiência educacional, delineamento fora das categorias do MMAT. Descreve com clareza o contexto (PET-Saúde, Ouro Preto), os instrumentos e os achados, mas sem desenho analítico; contribui como evidência ilustrativa, não como estudo de acurácia ou associação.
Montenegro *et al*. (2020) [15]	Quantitativo não randomizado (transversal analítico)	T1: S; T2: S; C1: N; C2: S; C3: S; C4: N; C5: S	Três de cinco critérios atendidos. Amostragem por conveniência restrita a idosos que compareceram à UBS por demanda espontânea, limitação de representatividade reconhecida pelos próprios autores (C1 não atendido); análise apenas bivariada, sem controle multivariado de confundidores (C4 não atendido). Instrumentos validados e dados completos. Confiança moderada; achados tratados como indicativos.

(Conclusão)

Estudo	Categoria MMAT	Triagem (T1/T2) e critérios (C1–C5)	Síntese da apreciação
Mendonça *et al*. (2020) [16]	Quantitativo não randomizado (transversal analítico)	T1: S; T2: S; C1: S; C2: S; C3: NR; C4: S; C5: S	Quatro critérios atendidos e um indeterminado. Amostra probabilística a partir do total de longevos da microrregião, com cálculo amostral (C1 atendido); instrumentos apropriados; árvore de decisão contempla múltiplas variáveis (C4 atendido). Dos 172 elegíveis, 72 foram excluídos por comprometimento cognitivo, sem análise de não respondentes, o que torna incerta a completude do desfecho em um estudo de capacidade funcional (C3 indeterminado). Confiança moderada a alta.

C1 a C5: questões do MMAT para estudos quantitativos não randomizados. C1 representatividade da amostra; C2 adequação das medidas de exposição e desfecho; C3 completude dos dados de desfecho; C4 consideração de confundidores; C5 exposição administrada conforme pretendido; MMAT: *Mixed Methods Appraisal Tool*; N: não; NR: não é possível responder; S: sim; T1 e T2: questões de triagem do MMAT (clareza da questão de pesquisa e adequação dos dados coletados); PET-Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Fonte: elaborado pelos autores

Apesar das diferentes populações estudadas (idosos longevos, pacientes em atenção domiciliar, comunidades de baixa renda), os estudos convergem na identificação de um núcleo de determinantes da vulnerabilidade. Mendonça *et al.* (2020), utilizando um modelo de árvore de decisão em idosos com 80 anos ou mais, identificaram que a ausência de rede de apoio social, baixa renda e estado nutricional foram os preditores mais fortes de incapacidade funcional [16]. Predebon *et al*. (2021) concluíram que o declínio cognitivo e a redução da mobilidade foram os fatores mais fortemente associados à perda funcional em idosos em atendimento domiciliar [12]. Montenegro *et al*. (2020) estabeleceram correlações clinicamente relevantes entre depressão e maior risco de quedas, e entre saúde bucal precária e risco nutricional [15]. O estudo de validação de Saraiva *et al*. (2020) demonstrou que a pontuação no AMPI-AB foi um preditor robusto de desfechos adversos, como mortalidade, hospitalização e declínio funcional [11].

Essa convergência de achados sugere que um conjunto mínimo de dados para a avaliação de risco na APS deve, prioritariamente, incluir os domínios da mobilidade, cognição, humor, estado nutricional e suporte social, oferecendo um foco prático e baseado em evidências para serviços com recursos limitados.

Avaliação ampla em relação à triagem rápida

A implementação universal de uma AMPI completa, como as descritas nos estudos, enfrenta desafios práticos. Uma revisão sistemática internacional aponta que os benefícios da AMPI na APS sobre desfechos como mortalidade e hospitalizações são, por vezes,

inconsistentes, e que barreiras como tempo e necessidade de treinamento são universais [20].

Evidências mais recentes mantêm esse quadro de incerteza. Uma revisão sistemática que incluiu 21 ensaios randomizados, envolvendo 7.893 pessoas idosas frágeis ou em risco vivendo na comunidade, constatou que a aplicação da avaliação ampla resultou em pouca ou nenhuma diferença na mortalidade em 12 meses e na admissão em instituição de longa permanência, apenas com possível redução das internações hospitalares não planejadas [21]. A revisão de revisões já mencionada acrescenta que a evidência disponível provém quase exclusivamente de países de alta renda e de populações de baixo risco, e propõe que intervenções capazes de identificar previamente quem se beneficia da avaliação ampla tendem a produzir melhores resultados [18].

Nesse contexto, a utilização de instrumentos de triagem rápida surge como uma estratégia pragmática para otimizar o processo. No Brasil, destaca-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), uma ferramenta desenvolvida e validada nacionalmente, de aplicação rápida (5 a 10 minutos) por qualquer profissional de saúde treinado. O IVCF-20 avalia oito dimensões preditoras de declínio funcional e óbito: idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades. Seu objetivo principal não é substituir a avaliação ampla, mas, sim, estratificar o risco da população idosa, identificando de forma eficiente quais indivíduos necessitam de uma AMPI completa e aprofundada. Estudos demonstram alta correlação, validade e confiabilidade do IVCF-20 em comparação com a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), consolidando-o como uma ferramenta adequada para a APS [22].

Outro instrumento de relevância internacional, o *Vulnerable Elders Survey* (VES-13), também validado para o português, cumpre um papel semelhante. Composto por 13 itens que abrangem idade, autoavaliação de saúde, capacidade funcional e condição física, o VES-13 identifica idosos vulneráveis com base em uma pontuação de risco, permitindo um rastreio rápido de indivíduos com maior probabilidade de desfechos negativos [23].

A existência e validação desses instrumentos de triagem apontam para uma solução estratégica para o dilema da implementação da AMPI. A avaliação ampla, embora diagnosticamente superior, é um recurso intensivo. Ferramentas como o IVCF-20 e o VES-13 não competem com a AMPI, mas a complementam, respondendo à primeira pergunta fundamental na gestão do cuidado: "Quem está em risco?". Uma vez identificados os indivíduos vulneráveis, a AMPI completa responde à segunda pergunta: "Quais são os problemas específicos e como podemos construir um plano de cuidados individualizado?". Essa lógica fundamenta uma abordagem de cuidado escalonado, que alinha o ideal do cuidado integral com a realidade operacional da APS. Assim, propõe-se um modelo de duas etapas:

- **Etapa 1 (rastreio universal):** aplicação de um instrumento de triagem rápida, como o IVCF-20, para toda a população idosa adscrita, possivelmente conduzida por agentes comunitários de saúde ou técnicos de enfermagem, para classificar os idosos nos estratos de baixo, médio e alto risco de vulnerabilidade.
- **Etapa 2 (avaliação direcionada):** realização de uma AMPI completa e aprofundada, como os modelos utilizados nos estudos analisados, para todos os idosos classificados como de médio ou alto risco, conduzida pela equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, e outras áreas pertinentes) para a formulação do plano de cuidados.

Esse modelo escalonado dialoga com a orientação internacional e com a agenda brasileira recente. A segunda edição do manual *Integrated Care for Older People* (ICOPE), da Organização Mundial da Saúde (OMS), organiza o cuidado à pessoa idosa na APS em etapas que vão da triagem da capacidade intrínseca, passível de ser conduzida por agentes comunitários de saúde e outros profissionais da equipe de Saúde da Família, até a avaliação aprofundada, o plano de cuidado personalizado e o monitoramento [24]. No Brasil, o Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde, publicado em 2023 pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), propõe justamente a combinação do IVCF-20 com as ferramentas do ICOPE para definir linhas de cuidado [25].

Essa proposta, contudo, não está livre de controvérsias. Especialistas brasileiros argumentam que nem a ferramenta de triagem do ICOPE nem o IVCF-20 dispõem, até o momento, de evidências suficientes de validade desses instrumentos na população brasileira para fundamentar diretrizes nacionais. Esses autores também observam que o estudo de desenvolvimento do IVCF-20 comparou o instrumento a uma avaliação geriátrica ampla cujos componentes não foram descritos em detalhe, em amostra de conveniência de um único centro de referência [26]. Além disso, uma revisão de escopo sobre a acurácia da ferramenta de triagem do ICOPE identificou evidências escassas e heterogêneas quanto às suas propriedades psicométricas [27], e estudos delineados para preencher essa lacuna, como o Projeto ICOPE Brasil, ainda estão em curso [28]. Assim, o modelo de duas etapas aqui proposto deve ser compreendido como uma estratégia de organização do cuidado plausível e coerente com a realidade operacional da APS, e sua interpretação deve levar em consideração essas limitações. Mais estudos de validação devem ser conduzidos em amostras representativas das diferentes regiões do país, acompanhados de avaliação de implementação que examine o que ocorre depois da triagem, etapa em que os ganhos de saúde efetivamente se realizam.

Limitações do estudo

Esta revisão apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos seus resultados. A busca abrangeu apenas quatro bases de dados, o que pode ter deixado de recuperar estudos indexados apenas a outras fontes, ainda que a inclusão do Google Acadêmico e da LILACS favoreça a recuperação da produção nacional e da literatura cinzenta. Além disso, não houve registro prévio de protocolo em base pública e a triagem inicial por títulos e resumos foi conduzida por um único avaliador, com participação de um segundo avaliador somente nos casos de dúvida, o que introduz risco de perda de estudos elegíveis. Para contornar essas limitações, buscou-se sistematizar rigorosamente todas as etapas de busca e seleção, garantindo a transparência e a reprodutibilidade do processo.

O conjunto final é reduzido e compreende seis estudos com delineamentos e populações heterogêneos, produzidos ao longo de quase duas décadas e conduzidos em contextos locais específicos. Essas características impedem estimativas combinadas e limitam a generalização dos achados de prevalência. A apreciação da qualidade metodológica pelo MMAT, ainda que permita comparar delineamentos distintos, não se aplica ao relato de experiência incluído e não substitui instrumentos específicos para estudos de acurácia e de validação. Por fim, como revisão integrativa, este trabalho não empregou métodos de metanálise nem avaliação da certeza da evidência, de modo que as recomendações aqui formuladas têm caráter de proposição para debate e para pesquisas de implementação, e não de diretriz clínica.

CONCLUSÃO

As evidências provenientes de estudos realizados em diversas regiões do Brasil, ainda que produzidas por um conjunto reduzido de investigações locais, apontam de forma consistente a capacidade da AMPI de identificar problemas de saúde, síndromes geriátricas e vulnerabilidades que permanecem ocultas na prática clínica convencional da APS. A aplicação de instrumentos estruturados permite um diagnóstico mais acurado da situação de saúde da população idosa, revelando altas prevalências de declínio funcional, risco de quedas, déficit cognitivo e comprometimento nutricional, além de fragilidades no suporte social. Contudo, a implementação universal e sistemática da AMPI enfrenta desafios operacionais significativos, como a ausência de um protocolo nacional padronizado, a heterogeneidade dos instrumentos utilizados e, principalmente, as barreiras de tempo e carga de trabalho na rotina da APS.

Diante desse cenário, a principal conclusão desta revisão é a recomendação de um modelo de cuidado escalonado, que harmonize a necessidade de profundidade diagnóstica com a viabilidade prática. Este modelo se baseia em uma abordagem de duas etapas, com a aplicação universal de um instrumento de triagem rápida para estratificar o risco de toda a

população idosa e, subsequentemente, a realização de uma AMPI completa e aprofundada direcionada especificamente aos indivíduos identificados como de maior vulnerabilidade. A adoção desse modelo de cuidado representa um caminho para operacionalizar as diretrizes da PNSPI no âmbito do SUS. Tal abordagem permite otimizar recursos, transformar o cuidado de reativo para proativo e, fundamentalmente, contribuir para a manutenção da capacidade funcional e a melhoria da qualidade de vida da crescente população idosa no Brasil. Sua eventual incorporação em larga escala, entretanto, depende do avanço de duas frentes que, segundo a literatura analisada, ainda requerem maior desenvolvimento, tais como: a produção de evidências de validade dos instrumentos de triagem em amostras representativas da população brasileira e a avaliação das etapas posteriores à triagem, das quais depende a obtenção de benefícios clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Comunicação Social. Brasil. Secretaria de Comunicação Social. Censo: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos [Internet]. 2023 [acesso em 2025 ago. 3]. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos
2. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc saúde coletiva. dezembro de 2004 [acesso em 2025 set. 3]; 9:897–908. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011
3. Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. Cad Saúde Pública. junho de 1992 [acesso em 2026 mar. 18]; 8:168–75. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000200008
4. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. setembro de 2013 [acesso em 2025 nov. 3]; 66:158–64. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União [Internet]. 20 de outubro de 2006 [acesso em 2025 out. 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
6. Siqueira FM, Delgado CE, Carbogim FC, Castro EAB, Santos RC, Cavalcante RB. Avaliação multidimensional de pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo. Rev bras geriatr gerontol. 8 de setembro de 2023 [acesso em 2026 fev. 18];26:e230051. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230051.pt
7. Sardinha AN, Almeida MHM. Cuidado a idosos com perda de peso não intencional: percepções de profissionais da Atenção Primária em São Paulo, SP, Brasil. Interface (Botucatu). 28 de outubro de 2024 [acesso em 2026 jan. 15];28:e230478. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.230478
8. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. dezembro de 2005;52(5):546–53. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 29 de março de 2021 [acesso em 2026 fev. 15];372:n71. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71

10. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, *et al*. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. Education for Information. 1o de novembro de 2018 [acesso em 2026 jan. 15];34(4):285–91. DOI: https://doi.org/10.3233/EFI-180221

11. Saraiva MD, Venys AL, Abdalla FLP, Fernandes MS, Pisoli PH, Sousa DMRV, *et al*. AMPI-AB validity and reliability: a multidimensional tool in resource-limited primary care settings. BMC Geriatr. 30 de março de 2020 [acesso em 2026 fev. 15];20(1):124. DOI: https://doi.org/10.1186/s12877-020-01508-9

12. Predebon ML, Ramos G, Pizzol FLFD, Santos NOD, Paskulin LMG, Rosset I. Global functionality and associated factors in the older adults followed by Home Care in Primary Health Care. Rev Lat Am Enfermagem. 2021[acesso em 2026 jan. 25];29:e3476. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.5026.3476

13. Sirena SA. Avaliação multidimensional do idoso: uma abordagem em atenção primária à saúde [Internet]. 23 de dezembro de 2002 [acesso em 2026 ago. 3]. Disponível em: https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/1550

14. Pereira RPA, Savassi LCM, Santos ÁO, Barbosa EF, Salomão CAB, Ciarlariello VB, *et al.* A Avaliação Global da Pessoa Idosa como Instrumento de Educação Médica: Relato de Experiência. Rev bras educ med. junho de 2016 [acesso em 2026 jan. 15];40:314–20. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02052014

15. Montenegro PCSP, Barbosa IS, Novaes MRCG. Avaliação geriátrica em um serviço da Atenção Primária à Saúde: riscos e propostas de intervenção. Comunicação em Ciências da Saúde. 12 de setembro de 2020 [acesso em 2026 jan. 25];31(01):01. DOI: https://doi.org/10.51723/ccs.v31i01.547

16. Mendonça SS, Marques APO, Nunes MGS, D'Angelo ER, Leal MCC. Functional capacity in the oldest old: cross-sectional analysis based on a decision model. Geriatrics, Gerontology and Aging. 2020 [acesso em 2026 mar. 5];14(1):52–60. DOI: https://doi.org/10.5327/Z2447-212320202000049

17. Fulceri F, Caruso A, Micai M, Notari MV, Cocchi C, Cerri A, *et al.* Comprehensive geriatric assessment and management in primary care: a systematic literature review with a descriptive mapping of team composition and assessment instruments. Front Public Health. 2026 [acesso em 2026 jan. 15]; 14:1739380. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1739380

18. Kshatri JS, Janssen DJA, Shenkin SD, Mansingh A, Pati S, Palo SK, *et al.* Comprehensive geriatric assessment in nonhospitalized settings: An overview of systematic reviews. Geriatr Gerontol Int. abril de 2025 [acesso em 2026 jan. 15];25(4):491–503. DOI: https://doi.org/10.1111/ggi.70004

19. Pilotto A, Aprile PL, Veronese N, Lacorte E, Morganti W, Custodero C, *et al.* The Italian guideline on comprehensive geriatric assessment (CGA) for the older persons: a collaborative work of 25 Italian Scientific Societies and the National Institute of Health. Aging Clin Exp Res. 27 de maio de 2024 [acesso em 2026 fev. 5];36(1):121. DOI: https://doi.org/10.1007/s40520-024-02772-0

20. Garrard JW, Cox NJ, Dodds RM, Roberts HC, Sayer AA. Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. Aging Clin Exp Res. 2020 [acesso em 2026 fev. 5];32(2):197–205. DOI: https://doi.org/10.1007/s40520-019-01183-w

21. Briggs R, McDonough A, Ellis G, Bennett K, O'Neill D, Robinson D. Comprehensive

Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people. Cochrane Database Syst Rev. 6 de maio de 2022 [acesso em 2026 jan. 5];5(5):CD012705. doi:10.1002/14651858.CD012705.pub2 PubMed PMID: 35521829; PubMed Central PMCID: PMC9074104.

22. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saúde Pública. 22 de dezembro de 2016 [acesso em 2026 jan. 10];50:81. DOI: https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963

23. Luz LL, Santiago LM, Silva JFS, Mattos IE. Psychometric properties of the Brazilian version of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13). Cad Saúde Pública. março de 2015 [acesso em 2026 jan. 15];31:507–15. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00011714

24. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care [Internet]. 2o ed. World Health Organization; 2025 [acesso em 2026 jul. 12]. Disponível em: https://www.who.int/publications/b/71300

25. Moraes EN de, Lopes PRR. Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE [Internet]. 1o ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2023 [acesso em 2026 fev. 22]. 110 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/manual-de-avaliacao-multidimensional-da-pessoa-idosa-para-a-atencao-primaria-a-saude/

26. Lourenço RA, Mello RGB, Ferretti-Rebustini REL, Oliveira VP, Ferriolli E. The ICOPE-WHO and the IVCF-20: a critical view of the Handbook for Multidimensional Geriatric Assessment in Primary Care. Geriatrics, Gerontology and Aging. 2024 [acesso em 2026 jul. 22];18(0):1–4. DOI: https://doi.org/10.53886/gga.e0000155_EN

27. Oliveira VP, Ferriolli E, Lourenço RA, González-Bautista E, Souto Barreto P, Mello RGB. The sensitivity and specificity of the WHO's ICOPE screening tool, and the prevalence of loss of intrinsic capacity in older adults: A scoping review. Maturitas. novembro de 2023 [acesso em 2026 jul. 22]; 177:107818. DOI: https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107818

28. Ferriolli E, Lourenço RA, Oliveira VP, Mello RGB, Ferretti-Rebustini REL, Jacob Filho W. Project ICOPE Brazil: a study on the intrinsic capacity of Brazilian older adults and accuracy of the screening tool proposed by the World Health Organization. Geriatrics, Gerontology and Aging. 2023 [acesso em 2026 jul. 22];17(0):1–3. DOI: https://doi.org/10.53886/gga.e0230003

Autoria			
Nome	**Afiliação institucional**	**ORCID**	**CV Lattes**
Alisson Oliveira dos Santos	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	https://orcid.org/0000-0002-4648-9951	http://lattes.cnpq.br/3573794331882726
Isabelle Rotta Gonçalves	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	https://orcid.org/0000-0002-4038-1747	http://lattes.cnpq.br/9264143355517997
Tamara Cristina Moreira Lopes	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	https://orcid.org/0000-0002-5507-1602	http://lattes.cnpq.br/5363146834202577
Autor correspondente	Alisson Oliveira dos Santos alisson.o.santos@ufms.br		

Metadados		
Submissão: 30 de março de 2026	Aprovação: 24 de julho de 2026	Publicação: 4 de novembro de 2026
Como citar (Vancouver)	Santos AO, Gonçalves IR, Lopes TCM. Aplicação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. Rev. APS [Internet]. 2026; 29 (único): e292652479. DOI: 10.34019/1809-8363.2026.v29.52479	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Os autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença *Creative Commons Attribution* (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: AOS TCML. Análise ou interpretação dos dados: AOS IRG, TCML. Elaboração do rascunho: AOS IRG, TCML. Revisão crítica do conteúdo: AOS TCML. Os autores aprovaram versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho	

Início